

**Universitat de Lleida**  
Facultat d'Infermeria  
i Fisioteràpia



## PROGRAMA DE EDUCACIÓN MATERNAL

### *Mi primer parto, un parto natural*

***Por: Lorena Larruy Aranda***

**Universidad de Lleida**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Grado en Enfermería**

Presentado a: Salvador Sáez Cárdenas

***Trabajo final de grado***

Curso 2015-2016

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| 1. PRESENTACIÓN .....   | 8         |
| 2. INTRODUCCIÓN .....   | 9         |
| 3. MARCO TEÓRICO .....  | 10        |
| 3.1. LA EDUCACIÓN MATERNAL .....                                  | 10        |
| 3.1.1. Definición y objetivos de la Educación Maternal .....      | 10        |
| 3.1.2. Historia de la Educación Maternal .....                    | 10        |
| 3.1.3. Análisis de la situación actual .....                      | 12        |
| 3.2. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MATERNIDAD .....   | 13        |
| 3.3. EL PROCESO DE PARTO .....                                    | 15        |
| 3.3.1. Definición y tipos de partos .....                         | 15        |
| 3.3.2. Fases del trabajo de parto .....                           | 17        |
| 3.3.3. Complicaciones durante el parto .....                      | 18        |
| 3.3.4. El plan de parto .....                                     | 19        |
| 3.3.5. El acompañamiento durante el parto .....                   | 19        |
| 3.4. LA ATENCIÓN Y LA ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE PARTO ..... | 20        |
| 3.4.1. El parto y el ingreso .....                                | 20        |
| 3.4.2. La dilatación .....  | 22        |
| 3.4.3. El expulsivo .....   | 23        |
| 3.4.4. El alumbramiento .....                                     | 25        |
| 3.5. EL PARTO SIN DOLOR .....                                     | 26        |
| 3.5.1. Medidas no farmacológicas de alivio del dolor .....        | 27        |
| 3.5.2. Medidas farmacológicas de alivio del dolor .....           | 30        |
| <b>4. JUSTIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO .....</b>         | <b>32</b> |
| <b>5. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>                                | <b>33</b> |
| 5.1. Fases del proyecto .....                                     | 33        |
| 5.2. Metodología de búsqueda .....                                | 34        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.3 Población diana .....                     | 34        |
| 5.4. Recursos .....                           | 35        |
| 5.5. Cronograma .....                         | 37        |
| <b>6. OBJETIVOS .....</b>                     | <b>39</b> |
| <b>7. INTERVENCIÓN .....</b>                  | <b>41</b> |
| <b>8. EVALUACIÓN .....</b>                    | <b>53</b> |
| 8.1 Evaluación de proceso y estructura .....  | 53        |
| 8.2 Evaluación de resultados .....            | 54        |
| <b>9. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES .....</b> | <b>57</b> |
| <b>10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....</b>       | <b>59</b> |
| <b>11. BIBLIOGRAFÍA .....</b>                 | <b>62</b> |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1: Técnicas de conducción de grupos en EM.....                             | 14 |
| Tabla 2: Fases del trabajo de parto.....   | 17 |
| Tabla 3: Respiraciones de parto.....   | 22 |
| Tabla 4: Medidas físicas de alivio del dolor de parto.....                       | 28 |
| Tabla 5: Medidas psíquicas de alivio del dolor de parto.....                     | 29 |
| Tabla 6: Fases del proyecto.....   | 33 |
| Tabla 7: Cronograma.....   | 37 |
| Tabla 8: Fechas y horarios del desarrollo del programa.....                      | 38 |
| Tabla 9: Resumen de las sesiones planteadas en la intervención del proyecto..... | 41 |
| Tabla 10: Indicadores para la evaluación de proceso y estructura.....            | 54 |
| Tabla 11: Indicadores para la evaluación de resultados.....                      | 55 |

## ÍNDICE DE ANEXOS

|  |            |
|--|------------|
| <b>ANEXO 1: Recursos de la 1ª sesión.....</b>                                    | <b>66</b>  |
| - PowerPoint: <i>El proceso de parto</i>   |            |
| - Ficha de imágenes: <i>Actuaciones en las fases de parto</i>                    |            |
| - PowerPoint: <i>Complicaciones durante el proceso de parto</i>                  |            |
| - Ficha: <i>El cuento de los prejuicios</i>                                      |            |
| <b>ANEXO 2: Recursos de la 2ª sesión.....</b>                                    | <b>72</b>  |
| - Ficha: <i>Experiencias personales del parto</i>                                |            |
| <b>ANEXO 3: Recursos de la 3ª sesión.....</b>                                    | <b>74</b>  |
| - PowerPoint: <i>Las Contracciones</i>   |            |
| - PowerPoint: <i>¿Cuándo acudir al hospital?</i>                                 |            |
| - Ficha: <i>Información al ingreso</i>   |            |
| <b>ANEXO 4: Recursos de la 4ª sesión.....</b>                                    | <b>77</b>  |
| - Ficha de preguntas: <i>El dolor en el parto</i>                                |            |
| - PowerPoint: <i>El dolor en el parto</i>  |            |
| - PowerPoint: <i>Métodos no farmacológicos de alivio del dolor</i>               |            |
| - Ficha: <i>Experiencias reales de mujeres en torno al dolor</i>                 |            |
| <b>ANEXO 5: Recursos de la 5ª sesión.....</b>                                    | <b>83</b>  |
| - Ficha: <i>Destrezas y habilidades para el parto</i>                            |            |
| <b>ANEXO 6: Recursos de la 6ª sesión.....</b>                                    | <b>90</b>  |
| - PowerPoint: <i>El plan de parto</i>  |            |
| - Ficha: <i>El plan de parto</i>   |            |
| <b>ANEXO 7: Ficha de asistencia.....</b>   | <b>94</b>  |
| <b>ANEXO 8: Ficha de evaluación de resultados .....</b>                          | <b>95</b>  |
| <b>ANEXO 9: Cuestionario de evaluación de estructura y proceso.....</b>          | <b>97</b>  |
| <b>ANEXO 10: Cuestionario final de conceptos.....</b>                            | <b>98</b>  |
| <b>ANEXO 11: Consentimiento informado para la participación al programa.....</b> | <b>100</b> |

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

EpS: Educación para la salud

EM: Educación Maternal

OMS: Organización Mundial de la Salud

AP: Atención Primaria

SG: Semanas de Gestación

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

AE: Anestesia Epidural

TENS: Estimulación Eléctrica Nerviosa Transcutánea

TCA: Terapias Complementarias y Alternativas

## RESUMEN

Las nuevas tendencias existentes en la atención al parto pretenden promover una actitud más humana y menos medicalizada. De la misma manera, los programas de Educación Maternal (EM) están siendo modificados con la finalidad de educar a los futuros padres con conocimientos actualizados y basados en la evidencia; promover su empoderamiento y hacerles protagonistas de este importante acontecimiento. Sin embargo, la realidad demuestra que la participación a estos programas es baja y en ocasiones, poco efectiva.

Esta propuesta de programa de EM pretende, utilizando la educación grupal para la salud como medio y herramienta principal de trabajo, reducir las cifras de uso de la anestesia epidural, aumentar la participación a los programas de EM, empoderar a la población de gestantes de Cataluña y reducir la sobresaturación de las urgencias ginecológicas, contribuyendo todo esto de manera directa e indirecta a aumentar la tasa de partos naturales en Cataluña.

La intervención se realizará como prueba en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida y se incluirán en éste mujeres primigestas de entre 20 y 28 SG, con previsión de un parto eutócico, residentes en Lleida y que realicen el seguimiento obstétrico en el mismo hospital. Se realizaran 6 sesiones que permitirán dotar a las gestantes y sus acompañantes de conocimientos en relación al parto natural, las complicaciones, los signos de alarma y los métodos no farmacológicos de alivio del dolor; habilidades en técnicas de respiración o relajación y en ejercicios de preparación al parto y actitudes que faciliten una visión positiva del momento. Este programa será evaluado por los propios participantes, ya que su satisfacción condicionará la integración de lo enseñado. Los resultados serán satisfactorios si finalmente, se aumenta en un 20% la tasa de partos naturales en Cataluña.

## PALABRAS CLAVE

*educación maternal, preparación al parto, parto natural, parto sin dolor, parto normal, técnicas no farmacológicas de alivio del dolor, plan de parto, educación sanitaria, educación grupal, primer parto.*

## ABSTRACT

New trends in childbirth care are trying to promote a more human and less medicalized attitude. Similarly, maternal education programs are improving with the purpose of educating the future parents with date knowledge based in scientific evidence, promote their empowerment and make themselves main characters of this important moment. Nevertheless, the crude reality shows that the level of participation in these programs is low and sometimes ineffective.

This proposal of maternal education program tries to reduce the use of epidural anesthesia, increase the participation to the programs, empower the Catalonia's pregnant population and reduce the emergency service's saturation. All of that, using the group education as a tool and working to contribute in the increasing of natural childbirths in Catalonia.

The project intervention will be done in the Hospital *Arnau de Vilanova*, in Lleida. The inclusion criteria are the following: be first-pregnant, stay between the 20th and 28th weeks of gestation, have a prevision of a natural childbirth, be resident in Lleida and make the revisions in the same hospital. The project will be developed in 6 sessions that will provide the participants with knowledge about the natural childbirth, the complications, the warning signs and the non-pharmacological methods of pain relief; skills in breathing and relaxation techniques and preparative exercises and finally, provide positive attitudes for all the process. This program will be evaluated by the participants themselves, because their satisfaction will determine the integration of what is taught. The results will be satisfactory if eventually increases by 20 % the rate of natural births in Catalonia.

## KEY WORDS

*maternal education, preparation for childbirth, natural childbirth, childbirth without pain, normal birth, non-pharmacological pain relief techniques, birth plan, health education, group education, first birth.*

## 1. PRESENTACIÓN

En motivo de la realización del trabajo de final de grado, y con el objetivo de evaluar las competencias que se han desarrollado a lo largo de éste, he decidido encarar el tema de mi trabajo en el tema de la Educación para la Salud (EpS) puesto que, durante mi corta experiencia con el mundo de la enfermería asistencial, he podido comprobar que es uno de los ámbitos más propios de esta profesión y también uno de los que más me ha gustado ya que implican una relación directa con el paciente y un proceso de aprendizaje que será beneficioso para él y sus problemas o sus conductas generadoras de salud.

Por otro lado, y con previsión de futuro, he decidido decantar el tema de EpS a la Enfermería Obstétrico-Ginecológica y la Educación Maternal (EM) ya que me gustaría dedicarme a ello y realizar la especialidad. Por este motivo, éste trabajo consistirá en la elaboración de un programa de educación al parto con el objetivo de instruir y preparar a las madres primerizas y a sus acompañantes a éste evento tan especial.

El proyecto está estructurado en 2 partes básicas, la primera parte consiste en una justificación del tema en base a un marco teórico con toda la información pertinente en relación a la educación maternal y el proceso de parto y, por otro lado, un apartado práctico basado en una propuesta de programa de educación maternal que consta de metodología, objetivos, actividades, evaluación y que finaliza con una pequeña conclusión.



## 2. INTRODUCCIÓN

El parto consiste en el nacimiento de un ser humano que deberá adaptarse a un nuevo medio y que necesitará de la atención y cuidados de su familia para cubrir sus necesidades básicas. También es el instante en que las madres y los padres conocerán a su bebé e iniciarán con él una relación mucho más directa, después del periodo de espera del embarazo (1).

Para muchas mujeres, el nacimiento de su primer hijo o hija es su primer ingreso en un centro hospitalario, de manera que muchas de las situaciones con las que se enfrentarán les serán nuevas (1,2). El hecho del nacimiento de un hijo o hija puede generar miedos y expectativas que responden a las preguntas ¿Cómo irá todo? ¿Qué rutinas siguen en el hospital? ¿Estará bien el bebé? ¿Será un parto normal?... es normal tener dudas, pero en función de la vivencia en el centro hospitalario, se pueden agravar, generando inseguridad y estrés, o bien, al contrario, pueden menguar, proporcionándoles tranquilidad y seguridad (3). Toda esta acumulación de sensaciones, proyecciones, cambios físicos, emociones, sensaciones, dolor, sentimientos y miedos hacen del parto un momento muy intenso en la vida de la mujer y de la pareja que se debe vivir y asumir de forma positiva y, aunque se trata de un proceso natural y no de una enfermedad, requiere preparación, vigilancia y cuidado. Por todos estos motivos los servicios de salud están revisando continuamente la manera de prestar una atención sanitaria que permita a las mujeres vivir este momento de forma agradable y segura (1,2,4,5).

Antiguamente, la mayoría de los partos en Cataluña tenían lugar en el domicilio de las gestantes. Más adelante, los nacimientos se fueron trasladando a los centros hospitalarios y hoy en día, en nuestra sociedad actual, el parto es un proceso fisiológico que principalmente se vive dentro del entorno hospitalario, cosa que ha supuesto un incremento en los controles durante el embarazo, una sobresaturación de las salas de partos y un aumento en visitas posteriores. Estos avances han conducido a una gran mejoría en los resultados pero, como consecuencia, se ha creado un efecto que muchos sectores creen que hay que replantear, la medicalización excesiva (2,3), considerando importante revertirlo realizando la necesidad e importancia de respetar los procesos fisiológicos, minimizando los partos intervencionistas y potenciando un trato más personalizado, cercano, íntimo y natural (1,4).

El modelo que hoy se impulsa, es una asistencia basada en la evidencia científica, que eduque a las madres con conocimientos reales y actualizados para así poder tomar unas decisiones dignas que los profesionales de salud puedan respetar. Por este motivo, hay que potenciar y mejorar la EM, ofreciendo toda la información necesaria para que la mujer y su pareja conozcan cuáles son los procedimientos más habituales que se encontrarán en el hospital y cuáles son los recursos con los que podrán contar.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. LA EDUCACIÓN MATERNAL**

##### **3.1.1. Definición y objetivos de la Educación Maternal**

La EM es un subtipo de EpS que pretende favorecer la adquisición de comportamientos saludables, permanentes y transmisibles a la familia, proporcionando a la mujer y a su pareja los instrumentos que les permitan actuar responsablemente durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido y lograr bienestar para la madre y el hijo durante el parto.

El término de EM, viene también descrito en la bibliografía como preparación al parto, preparación para el nacimiento, preparación para la maternidad y paternidad, psicoprofilaxis obstétrica y educación para el embarazo, parto y puerperio. Aunque con diferentes nombres, todos persiguen unos objetivos comunes, en cuanto a influir en el comportamiento de salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, preparar a las gestantes y a sus parejas para el parto, prepararlos para la maternidad y la paternidad, desarrollar redes de apoyo social, estimular la seguridad de los padres y contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal (1,6,7).

##### **3.1.2. Historia de la Educación Maternal**

Se puede situar el origen de la EM en la prehistoria de los pueblos precolombinos, mesopotámicos, del antiguo Egipto y de la Grecia Clásica, entendida entonces como instrumento para mitigar el dolor durante el parto, época en que Hipócrates reconoció que mitigar el dolor formaba parte del arte médico “como tarea de dioses”. También durante la Roma Clásica y la llegada del cristianismo se halla el fundamento de la psicoterapia del parto, como instrumento terapéutico entre un profesional y una embarazada (7).

Las teorías más similares a las actuales en EM, redactadas en la tesis de Juan Miguel Martínez (7), se hallan alrededor del año 1908, época en que la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y se bebé como parte de los cursos de salud en el hogar. En esta misma época, a principios del siglo XX, aparecen las escuelas nórdicas, que conciben el parto como un ejercicio físico e incluyen la gimnasia prenatal y la adopción de diferentes posturas en el parto (7).

Años después, en 1919, el tocólogo inglés Garantly Dick Read (8) comenzó a estudiar lo que él mismo llamaría “el problema del progreso” a partir de las aportaciones respecto al tormento, mutilación y muerte en los partos que hicieron algunos doctores de la época como Simpson, Semelweiss y Lisser, ya que privaban a las parteras de la conciencia y las emociones del parto por los efectos de la anestesia. Fue el mismo Garantly Dick Read (8), quien escribió múltiples experiencias sobre mujeres que habían seguido

el método fisiológico del parto normal, entendiéndolo como un fenómeno fisiológico y el dolor como un producto de impulsos nerviosos relacionados con el miedo y la tensión y no fisiológicos. Es por este motivo, que propugnó eliminar el miedo con la confianza y el conocimiento así como, eliminar la tensión intentando controlarla con la respiración y ejercicios musculares para ablandar las fibras del cuello del útero.

Al mismo tiempo, en la URSS, algunos estudiosos investigaron sobre la base de la hipótesis de Pavlov (9) de los reflejos condicionados o no condicionados, relacionándolos con el dolor en el parto y concluyeron que el dolor es una reacción condicionada por dos tipos de estímulos: los sociológicos y los religioso-culturales, y que para mitigarlo había que potenciar el positivismo y exaltar la maternidad (7).

Más adelante, en 1952, Lamaze (10), pretendió eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados para disminuir el dolor. Para ello propuso una preparación intelectual, física y psíquica que permitiera a la mujer colaborar activamente en el parto y brindara a los padres la oportunidad de participar en sesiones de preparación, lo que facilitaría una relación más positiva con su hijo. Fue éste autor quien presentó en la Policlínica de los Metalúrgicos de París el primer caso de parto sin dolor, llevando a cabo un programa de educación al parto a través de seis sesiones de dos horas con 15 mujeres y basado fundamentalmente en la información fisiológica y en diversas técnicas de control de estímulos (7).

Años después, en 1956, Aguirre de Cárcer (11), introdujo el concepto de psicoprofilaxis obstétrica en España, sistematizando así la educación maternal con el objetivo de que la mujer llegara psicológicamente madura al parto, introduciendo técnicas como la respiración psicoprofiláctica, los ejercicios de gimnasia y de expulsión, y sobre todo la importancia de realizar psicoprofilaxis obstétrica en grupo, que más adelante acabo llamando Educación Maternal (7).

Con el paso del tiempo, las aportaciones relacionadas con la educación maternal fueron creciendo y se introdujeron conceptos como parto natural, humanizado y ecológico. En el Primer Congreso Nacional de Matronas celebrado en Madrid en 1955, se presentaron ofertas de cursillos y conferencias de la preparación al parto. Además, tras la realización de las primeras elecciones democráticas, las delegaciones de sanidad de varios ayuntamientos organizaron centros de promoción de la salud para la realización de dichos cursos, dentro de los programas de salud materno-infantil. En la década de los sesenta la Seguridad Social desarrolló importantes novedades en infraestructuras hospitalarias, lo que condujo a un modelo de atención al parto caracterizado por un grado de medicalización e intervención que, con el tiempo, se ha demostrado excesivo o innecesario en la mayoría de los casos (6,12,13).

### **3.1.3 Análisis de la situación actual**

En la actualidad, existe una tendencia al cambio en la asistencia sanitaria perinatal que pretende dar una atención más humana y cercana, una atención dónde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto dejando atrás los modelos anteriores tan medicalizados.

En el actual Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Consumo (14), se señala el papel cada vez más central de la ciudadanía en los sistemas de salud modernos. No obstante, la mayoría de programas de EM existentes en nuestro país, ofrecidos por los sistemas de salud de cada comunidad autónoma, están basados en contenidos que los profesionales desean impartir, y muchas veces estos contenidos no coinciden con el deseo de información por parte de las gestantes acerca de su embarazo y salud. Posiblemente por este motivo, el porcentaje de mujeres que solicita participar en un programa de EM en nuestro país es bajo, entre un 26 y un 45%, a pesar de tratarse de servicios gratuitos. En consecuencia, las nuevas tendencias enfocan la consolidación de un modelo de atención a la salud centrado en los usuarios y en sus preferencias (6).

Estudios realizados (12), muestran con evidencia científica algunos de los beneficios de la EM, destacando algunos como la disminución de la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, la disminución de la instrumentación al parto, una menor proporción de cesáreas, mejoras en el bienestar fetal, una disminución de las complicaciones post-parto y aumentos de instauración y prolongación en la lactancia materna. No obstante, estos estudios (12), sugieren también que la influencia de la EM no debería ser evaluada en resultados perinatales, sino más bien en la cantidad y la calidad de la información que puede ayudar a la pareja durante el embarazo, el nacimiento y la crianza. Este hecho es importante, puesto que durante este periodo las mujeres pueden recibir información de muy variada índole, que en ocasiones, puede ser inadecuada, poco actualizada o de fuentes dudosas, pudiendo provocar una ansiedad excesiva que influya negativamente en su proceso. Es por este motivo que resulta necesario realzar otro tipo de beneficios basados en la mejora de adquisición de conocimientos por parte de la mujer y la familia, la mejora en la agilidad de movimientos durante el parto, la reducción del dolor, el aumento de la positividad para afrontar el parto, y principalmente la mejora de la satisfacción durante este proceso tan importante en la vida de una mujer (6,7).

El objetivo principal de la EpS no es sólo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes, que lleve a una modificación real de las conductas, puesto que no se trata de disponer de muchos conocimientos, sino de adquirir capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera distinta (15).

### 3.2. ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MATERNIDAD

La salud de las mujeres y los niños, o salud materno infantil, fue una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16) de cara a 2015. Para alcanzar este objetivo de salud, la OMS consideró esencial trabajar por el “*empoderamiento*” de las personas. Dentro de las estrategias sanitarias para desarrollar el empoderamiento de la población se enmarcan los programas de EpS, y en el ámbito de la salud materno infantil los programas de EM son el principal elemento de trabajo (4).

Tanto en Atención Primaria (AP), como en el ámbito hospitalario, las matronas son las encargadas de realizar la EM y entre los métodos de enseñanza-aprendizaje existen técnicas como las exposiciones, las presentaciones didácticas, los vídeos, etc. Estas técnicas permiten la transmisión de conocimientos que puede ofrecerse a la mujer y a su pareja de manera individual, combinando elementos de la entrevista clínica y elementos educativos de manera unidireccional, o bien, de manera grupal, donde la fuerza reside en el grupo siempre y cuando la participación e interacción de los participantes sea la correcta (17,15).

Podemos definir grupo como un conjunto de personas que se relacionan entre sí para conseguir un objetivo común. De ésta definición, podemos deducir la importancia en la formulación de los objetivos, puesto que el grupo no será efectivo si no tiene un objetivo en común. Por este motivo, resulta imprescindible que la matrona esté educada en el ámbito educacional y los objetivos que se formulen sean adecuados (15).

El trabajo en grupo ayuda al fomento de conductas saludables, ofrece recursos de afrontamiento y soporte emocional, reduce de la sensación de singularidad y soledad, mejora el autoconocimiento y la autoestima y permite la interacción con otras personas en una situación similar, potenciando las relaciones interpersonales y generando un “*feedback*” que puede servir de guía para identificar situaciones parecidas (4,17,15).

Para conseguir los objetivos propuestos a partir de la participación de los miembros del grupo se emplean técnicas y dinámicas de grupo. Estas no son una finalidad en sí mismas, sino un medio para conseguir un objetivo. Existe una gran diversidad de técnicas, pero será la matrona quien seleccionará la que sea adecuada para el objetivo que se quiera conseguir, en función de las características del grupo, el espacio (posibilidad de movimientos amplios, subgrupos, escenificación, desplazamiento de sillas, posibilidad de escucha...) y el tiempo disponibles (15).

En la siguiente tabla se muestran algunas de las técnicas que podrían usarse para iniciar las dinámicas de grupo y evitar sentimientos de desplazamiento, vergüenza y separación del grupo.

**Tabla 1: Técnicas de conducción de grupos en EM**

| <b>TÉCNICA</b>                  | <b>DESCRIPCIÓN Y UTILIDAD</b>  |
|---------------------------------|--|
| <b>Auto-presentación</b>        | La matrona será la primera en presentarse y los demás la seguirán. Se pueden presentar con su nombre, fecha probable de parto, experiencias... Se puede dejar como presentación «libre» o siguiendo criterios establecidos por el grupo.   |
| <b>Cadena de nombres</b>        | El grupo se distribuye en círculo. Una participante inicia diciendo al grupo su nombre, a continuación la que le sigue dirá su nombre y el de la participante anterior, y así, sucesivamente, hasta el último, que en este ejercicio será la matrona. Es uno de los mejores métodos para aprender el nombre de todas las participantes del grupo.  |
| <b>Expectativas e intereses</b> | La matrona explica los objetivos y el programa inicial, pero se intentará adecuar los contenidos de las sesiones a las demandas de cada grupo. Se pregunta a las participantes sus intereses y motivaciones  |
| <b>Juegos con pelotas</b>       | Las participantes se colocan en círculo y se tira una pelota a una de ellas; y al mismo tiempo se tiene que ir recordando el nombre de la persona a quien se lanza la pelota. La pelota va pasando repetidas veces por las manos de todas.   |
| <b>Espejo</b>                   | Todas las participantes colocadas en círculo «repiten en espejo» un ejercicio físico realizado por uno de los miembros del grupo que se sitúa en el centro. La primera persona en situarse en el centro puede ser la matrona. No se recomienda en un primer día de la sesión puesto que ser expuesto a la observación de todo el grupo puede generar inseguridad   |
| <b>Grupo de discusión</b>       | Se trata un tema en discusión libre relacionado con el programa educativo del grupo, por ejemplo, anestesia en el parto, el plan de parto, etc. Se anima al intercambio de ideas y se potencia la participación. Se pueden utilizar los subgrupos y hacer puesta en común con todo el grupo  |
| <b>Foto-palabra</b>             | Se pide a las participantes que aporten alguna fotografía, recorte de periódico, imagen, etc., que les identifique con su momento actual en la vida (jóvenes, embarazo, parto...) Durante la sesión, cada persona escoge una de las imágenes que el grupo ha aportado y escribe una frase relacionada con la imagen y su vivencia actual. Posteriormente, en grupo, se escuchan y comparten las emociones de cada participante. El objetivo de este ejercicio es expresar a través de las imágenes las emociones de las participantes en relación con su momento vital, con una finalidad de análisis personal y autoayuda grupal. Se recomienda en fases avanzadas de la vida del grupo |
| <b>Role-playing</b>             | Dramatización por parte de los miembros del grupo de alguna situación de las que se desee analizar, como, por ejemplo, la situación del parto, relación de pareja, etc. El role-playing permite conocer mitos, temores, expectativas o conceptos erróneos sobre determinadas situaciones. Esta técnica se recomienda para grupos donde se haya iniciado la cohesión  |

Fuente: Adaptado de Paulí Cabezas A. *La conducción de grupos en educación para la salud* (16).

El grupo ofrece tantas posibilidades como participantes tiene, por lo que es necesario saber recoger las posibilidades que éste nos ofrece y saber cómo conducirlo hacia su autonomía. La conducción de un grupo requiere capacidad para: motivar a las personas; facilitar la participación; fomentar la interrelación; reconocer los conflictos, afrontarlos y buscar alternativas de solución; facilitar que las personas tomen sus propias decisiones, etc... además de analizar nuestros hábitos y/o dificultades de interrelación, que pueden ayudar o interferir en la evolución del grupo (17,15).

Existen limitaciones en la conducción de grupos, como un excesivo número de participantes, conducir grupos abiertos que nunca llegan a etapas de cohesión y maduración por ser demasiado cambiantes y que dificultan a la conductora llegar a conocer a los participantes y su dinámica de funcionamiento; tampoco se puede obviar que las tareas grupales precisan de más tiempo que, a veces, es difícil de conseguir (4,17,15).

### 3.3. EL PROCESO DE PARTO

#### 3.3.1. Definición y tipos de partos

La palabra **parto** etimológicamente proviene del latín "*partus*" y significa dar a luz (13).

Podemos clasificar los partos de diversas maneras (13):

- En función de las semanas de gestación (SG) de la gestante, el parto será
  - Pre término: Si se produce antes de las 37 SG.
  - A término: Si está entre las 37 y la 42 SG.
  - Post término: si pasa de las 42 SG.
- En función del transcurso, las intervenciones e instrumentos necesarios: partos eutócicos o distócicos.

Los **partos distócicos** son los instrumentados o intervenidos y son realizados por los ginecólogos especialistas. Los partos distócicos pueden incluir (1):

- **Inducción:** Provocar el parto porque se ha alcanzado la semana 41-42 de gestación y no se ha iniciado el parto espontáneamente o porque se ha presentado alguna patología que pone en riesgo al feto o a la madre.
- **Parto vaginal instrumentado:** Se trata de la extracción del feto mediante el uso de fórceps (palas articuladas), Vacuum (ventosa) o espátulas (palas no articuladas) indicado en sospecha de pérdida del bienestar fetal, periodo expulsivo prolongado con dinámica uterina correcta, distocia de rotación o necesidad de disminuir los esfuerzos del periodo de expulsivo.

- **Parto por cesárea:** Intervención quirúrgica que permite mediante una incisión en el abdomen la extracción del recién nacido de forma rápida. Algunas gestantes lo viven de manera positiva, mientras que a otras les incomoda y lo viven de manera negativa. En cualquier caso, la mayoría de cesáreas se hacen con anestesia epidural o raquídea. La recuperación posterior de una cesárea es más lenta que la de un parto natural. Al salir del quirófano, la mujer se encuentra con más dificultades: sueroterapia y medicación las 24h siguientes a la intervención, sonda vesical para mantener la vejiga urinaria vacía, dolor quirúrgico de la herida, ayuno las 24h posteriores a la intervención, ayuda para cuidar y amamantar a su bebé, mantener la espalda recta, evitar esfuerzos y tener una vuelta a la actividad progresiva.
- **Parto medicalizado:** Proceso conducido por profesionales, utilizando instrumentos y fármacos. Es muy común el parto medicalizado por el uso de anestesia epidural (AE), que comporta la administración de fármacos anestésicos a través de un catéter muy fino en el espacio que rodea la columna vertebral (espacio epidural).

Los **partos eutócicos** son los que se producen por vía vaginal y en los que el feto nace de cabeza y sin necesidad de recurrir a ningún instrumento extractor o a maniobras especiales. En la bibliografía, también se pueden encontrar conceptos relacionados con el parto eutócico, como son el parto en el agua, el parto sin dolor, el parto suave, el parto humanizado, el parto consciente o el **parto natural** (1). Según la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (3), el parto natural es el "proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales, su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo".

Este tipo de parto debería ser el más común, pero la generalización de la anestesia epidural como tratamiento del dolor en el parto y su excesiva medicalización, han provocado que sólo un porcentaje muy bajo de los partos en Cataluña sean normales. La **atención en el parto natural** implica dejarlo evolucionar de manera fisiológica, sin intervencionismo, aunque controlando el proceso para detectar cualquier desviación de la normalidad. El parto normal exige que la mujer posea conocimientos amplios sobre las diversas técnicas de aligeramiento del dolor y que la matrona proporcione ayuda y seguimiento durante todo el proceso de parto. Además, requiere igualmente que no se apliquen técnicas innecesarias, que se adecue al entorno físico en el que se realizará la dilatación y el parto a las necesidades de la mujer y, en general, que se respeten sus decisiones y las de su pareja en todo lo que se refiere al nacimiento de su hijo o hija (1,2).



### 3.3.2. Fases del trabajo de parto

El proceso de parto abarca desde los pródromos o preparto hasta la culminación del nacimiento. Todo el proceso se divide en 4 fases que se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 2: Fases del trabajo de parto**

| FASE DE PARTO        | DEFINICIÓN   |
|----------------------|--|
| <b>PREPARTO</b>      | Período previo al inicio del trabajo de parto que supone la preparación para éste. Puede abarcar desde unas horas hasta varios días. En este proceso se puede producir la expulsión del tapón mucoso. Hay contracciones pero no son rítmicas. El cuello uterino se borra y se empieza a dilatar. Comúnmente a este período se le llama los pródromos al parto, ya que son señales que anuncian que el momento del parto se aproxima.   |
| <b>DILATACIÓN</b>    | Período en el que el cuello uterino se va abriendo paulatinamente. Se debe alcanzar una dilatación de 10 cm. Se trata de un proceso largo que en una nulípara puede durar hasta 15 horas y en una multípara hasta 10 horas. Durante este período existen contracciones rítmicas, intensas y que no ceden en reposo. Se pueden diferenciar dos fases en este período: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fase latente, que comprende desde los 0 cm hasta los 2 cm (fase lenta).</li><li>▪ Fase activa, que comprende desde los 2 cm hasta los 10 cm y se distinguen:<ul style="list-style-type: none"><li>- Período acelerativo: de 2 a 4 cm. Contracciones cada 5-10 minutos.</li><li>- Período de velocidad máxima: de 4 a 9 cm. Entre 3 y 4 contracciones cada 10 minutos.</li><li>- Período de desaceleración: de 9 cm a dilatación completa.</li></ul></li></ul> |
| <b>EXPULSIVO</b>     | Bajada del feto por el canal de parto y la salida al exterior. Puede durar hasta dos horas. Una vez aplicada la analgesia peridural, esta fase puede ser más extensa. Las contracciones son rítmicas y aparece la sensación de pujo. La cabeza del feto presiona el recto cuando aparece una contracción.  |
| <b>ALUMBRAMIENTO</b> | Expulsión de la placenta. Puede tardar de 10 a 60 minutos en ser expulsada. Es esta fase el útero se contrae después de salir el feto y ello provoca que la placenta se desprenda.   |

Fuente: Información de Castan S, Tobajas JJ. *Obstetricia para matronas, guía práctica* (13).

### 3.3.3. Complicaciones durante el parto

Es importante que la futura madre y su pareja sean conscientes de las posibles complicaciones del proceso de parto, por lo que hay que informar de los contextos que puedan acontecer con la finalidad de conseguir una mejor adaptación ante estas situaciones. A continuación se explican tres posibles situaciones difíciles que pueden surgir durante el momento del parto (1,4,5):

- **Sospecha de pérdida del bienestar fetal** por falta de oxígeno producido por anudamientos en el cordón umbilical. Las sospechas se confirman con alteraciones patológicas del latido fetal. En esta situación se recomienda que la madre se coloque estirada sobre el lado izquierdo, de modo que así no exista compresión de ninguna de las arterias y venas. La madre puede ayudar respirando correctamente, realizando inspiraciones completas (para oxigenar al máximo), reteniendo el aire un instante (para dejar que el aire pase de los pulmones a la sangre) y, después, expulsando el aire lentamente (es relajante, los pulmones se vaciarán correctamente y el nuevo aire se inspirará mejor). También se puede sospechar de pérdida de bienestar fetal por una coloración verdosa de las aguas, producida por la expulsión de meconio del feto a causa de una relajación del esfínter por la falta de oxígeno. En estos casos se realiza un análisis La intensidad del color dependerá de la cantidad de meconio. Ante signos de sospecha de pérdida del bienestar fetal se puede realizar un pH de calota fetal (cuero cabelludo) para detectar el nivel de oxigenación.
- **Parto prematuro espontáneo** en el que la partera presenciará contracciones uterinas rítmicas antes de las 36 SG, motivo por el que se debe acudir al hospital para así tomar las medidas oportunas y frenar el parto. Si no se puede detener el parto, el nacimiento deberá tener lugar en un centro del nivel adecuado que pueda brindar la atención debida al prematuro. Frecuentemente, las madres con niños prematuros sienten angustia provocada por la hospitalización de su hijo o hija y culpa, responsabilizándose de lo que le sucede al niño/a.
- La detección de **problemas de salud del feto o malformaciones** puede ser difícil de aceptar por los padres. Hoy en día se efectúan muchas revisiones a lo largo del embarazo. Se puede tener la sensación de que todo estará bien, pero no existen pruebas que garanticen la salud del neonato al cien por cien. Es importante saber que algunos tipos de malformaciones congénitas se pueden prevenir desde el embarazo tomando ácido fólico y recibiendo suficiente yodo en la dieta. No obstante, la mayoría de los bebés que nacen con malformaciones congénitas nacen con dos padres sanos sin problemas evidentes de salud ni factores de riesgo.

### 3.3.4. El plan de parto

El plan de parto es un documento que aparece en la primavera de 2007 cuando se presentó en Cataluña el “*Protocol per a l’Assistència Natural al Part Normal*” (2), para dar respuesta a las demandas de parte de nuestra sociedad respecto a una atención más fisiológica al parto de bajo riesgo, enfatizando en que el parto natural es un proceso fisiológico que hay que respetar, en el que la mujer tiene derecho a estar informada para decidir y en el que la actitud del personal ha de ser respetuosa y limitada a observar, dar soporte, ofrecer recursos a la mujer y evaluar el proceso. Este documento debe rellenarse previamente al parto, por la gestante y su pareja, con la finalidad de demandar una atención de calidad, personalizada y respetuosa (7,18,19).

El plan de parto recoge las preferencias de la mujer respecto a (2):

- La persona que quiere que la acompañe.
- El espacio físico del periodo de dilatación (decoración, luz, música).
- Los procedimientos que permite que se realicen (enema, rasurado, deambular, administración de fármacos).
- El deseo de monitorización fetal (auscultación, monitor continuo o periódico).
- Los métodos de alivio del dolor (relajación, respiración, masaje, anestesia, otros...).
- El material de apoyo (pelotas, espejo, bañera).
- Las técnicas a practicar (aminorexis, tipos de pujos, episiotomía).
- La posibilidad de que la pareja corte el cordón umbilical (cuando haya dejado de latir).
- Los cuidados inmediatos al recién nacido (administración de vitamina K, la colocación del neonato sobre su piel inmediatamente después de haber nacido, el inicio de la lactancia materna en la sala de partos y el hecho de no estar separada del recién nacido).
- La duración de la estancia en el hospital.

### 3.3.5. El acompañamiento durante el parto

El concepto de **paternidad** actual abandona el papel tradicional del padre ausente y reclama un modelo en el que los hijos adquieren un mayor protagonismo en la vida de los padres, como una necesidad de relación mutua y en consonancia y reciprocidad con la madre. Para que esto sea posible es imprescindible el **acompañamiento** por parte de la pareja desde el inicio de la gestación, el parto y el puerperio (20).

En los programas de EM, las matronas intentan estimular la participación activa de los padres durante todo el programa, reconociendo la importancia de estos tanto en la preparación como en el desarrollo

del parto (1). Se considera un factor que aumenta su bienestar y mejora los resultados del parto, demostrando con evidencia mayores probabilidades de parto espontáneo y mejor probabilidad de recibir analgesia regional y instrumentación en el parto (19,21). En los hospitales españoles se alienta a los maridos o compañeros a que asuman un papel activo en la asistencia al parto realizando labor de acompañante en el proceso de parto y parto, aportando eficazmente el apoyo emocional que las gestantes precisan. No obstante, los acompañantes también pueden tener dificultades para prestar un apoyo efectivo a la gestante, debido al estado emocional en que se encuentran y a la preocupación por obstaculizar el trabajo de los profesionales y el desconocimiento de la situación. Por este motivo, es imprescindible la inclusión de los acompañantes en los programas de EM (22).

Es fundamental que las gestantes se sientan atendidas y no sólo en el aspecto clínico, sino fundamentalmente en el aspecto emocional y psicológico; que se sientan escuchadas, acompañadas, entendidas, que sientan una asistencia individual, personalizada (20,22).

### 3.4. LA ATENCIÓN Y LA ACTUACIÓN DURANTE EL PROCESO DE PARTO

La atención a la partera, la actuación de los profesionales, las recomendaciones y las destrezas durante el proceso de parto variarán en función a la etapa o fase en que se encuentra la partera. Estas intervenciones se detallan a continuación en diferentes apartados relacionados con las fases de parto.

#### 3.4.1. El parto y el ingreso

El parto es un periodo que puede hacerse más o menos largo y esto puede producir ansiedad en las gestantes por el hecho de querer-se iniciar lo antes posible en el proceso. En esta etapa se recomienda a las mujeres distraerse, pasear, leer, escuchar música, bañarse, descansar, bailar, reír... continuar con su vida cotidiana y realizar respiraciones lentas y masajes durante las contracciones, que servirán de entreno para el parto (1).

Las mujeres acuden generalmente al hospital cuando se inician las **contracciones uterinas**, pudiéndose encontrar todavía en una fase temprana del parto, cosa que comporta, además de la ansiedad, la espera de varias horas hasta que se inicia la fase activa del parto (19). Es importante que la mujer disponga de la información adecuada para que sea capaz de distinguir los signos y síntomas por los que debería ponerse en contacto con el centro hospitalario (1). Esta información fomentará su seguridad ante nuevas situaciones y la ayuda a mejorar su angustia y/o ansiedad. La gestante debería ser educada para reconocer una contracción uterina y valorar su periodicidad. También se debería explicar que al comienzo del parto, las contracciones rítmicas no siempre están asociadas a una sensación dolorosa y

que la aparición de contracciones rítmicas antes de las 36 SG pueden indicar una amenaza de parto prematuro, caso en el que debería acudir al hospital para valorar la necesidad de pararlo o no. Otro signo que debería ser capaz de reconocer una gestante es la ruptura de la bolsa de las aguas, puesto que también es un motivo por el cual deberá ir al hospital. También debe saber que el color normal de las aguas es claro y transparente y que la presencia de coloración verdosa es un signo de alerta. Igualmente, la pérdida de sangre en cantidad considerable es siempre un signo de alerta, ya que puede significar un desprendimiento de la placenta y, por lo tanto, un riesgo de sufrimiento fetal. Es, pues, causa de consulta urgente con el profesional correspondiente del centro hospitalario (1,2).

La prueba por excelencia para determinar si el trabajo de parto ha empezado cuando la mujer acude espontáneamente al servicio hospitalario es el tacto vaginal. Si se trata de una fase muy inicial se enviará a la gestante a su domicilio, de lo contrario, si ha empezado, se ingresara en una habitación o en la sala de dilatación (1). Se definen como **criterios de admisión** en los servicios hospitalarios de maternidad la dinámica uterina regular, el borramiento cervical mayor al 50% y una dilatación de 3-4cm (19).

En el ingreso a la unidad de partos existen muchas técnicas que se han realizado durante mucho tiempo por rutina pero que en la actualidad se duda de su efectividad. En la bibliografía destacan estudios y revisiones que ponen en duda la efectividad de algunas intervenciones (21). La OMS (16) cataloga algunas de estas prácticas como perjudiciales e ineficaces y anuncia que algunas deberían de ser eliminadas. A continuación se numeran algunas (18,19):

- La **amnioscopia** es un procedimiento que se practica para evaluar la cantidad y/o el color del líquido amniótico con el fin de detectar alteraciones que pudieran indicar compromiso fetal. Sin embargo, es una intervención invasiva que conlleva complicaciones y con un número significativo de falsos resultados. Estas circunstancias determinan que el balance beneficio-riesgo sea dudoso.
- La **monitorización cardiotocográfica externa** es un método de evaluación fetal que registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas. Existen dudas de si se realiza en el contexto de una medicina defensiva o si se trata de un procedimiento realmente útil para mejorar los resultados perinatales.
- La **aminorexis artificial** se usa de manera sistemática para acortar la fase de dilatación, estimulando la dinámica uterina y favoreciendo la dilatación al ejercer directamente presión sobre el cérvix con la presentación fetal. No obstante, esta técnica en partos normales parece estar asociada a un mayor riesgo de pérdida del bienestar fetal aumentando el riesgo de cesáreas y el dolor de las contracciones.

- La **utilización de enemas** al principio de parto para reducir la incontinencia fecal durante el expulsivo se ha llevado a cabo durante muchos años con objetivos de reducir el pudor de las parteras, vaciar el intestino para ofrecer más espacio al feto, mejorar la dinámica uterina, reducir la duración del parto y reducir la contaminación fecal del periné para disminuir las probabilidades de infección en el RN. No obstante, los enemas no mejoran las tasas de infección materna o neonatal ni tampoco la satisfacción materna. Además, incrementan el dolor durante el trabajo de parto, las cargas de trabajo del personal y los costes.
- El **rasurado perineal** e incluso pubiano se utilizaba con la creencia que reducía el riesgo de infección y facilitaba la sutura de la episiotomía que, durante mucho tiempo se ha practicado de forma sistemática. Pero el rasurado ocasiona erosiones cutáneas que pueden dar lugar a la colonización de microorganismos, además, causa prurito. Se recomienda no realizar el rasurado de manera sistemática.

### 3.4.2. La dilatación

Cuando la partera ingresa en la sala de dilatación, debe saber que el tiempo puede ser muy prolongado y que las actitudes a adoptar dependerán de la fase en que se encuentre. En la fase latente y el período acelerativo la mujer puede seguir haciendo vida normal y debe distraerse. Es importante tener controlado el ritmo de las contracciones y realizar respiraciones en aquellas que sean más intensas o que lo requieren. Por otro lado, cuando ya se encuentre en el período de velocidad máxima y la sensación de presión sea más intensa se deben llevar a cabo técnicas de respiración y espiración y masajes en la zona dorsal. También es aconsejable el uso de una pelota grande para buscar la movilidad de la pelvis, el uso de calor local, un baño, etc. en función de los recursos del centro. Es importante descansar e intentar pensar en positivo durante los momentos en que no hay contracción (1).

Cuando empieza la etapa de dilatación es muy importante tener en cuenta los **consejos de respiración** practicados en las clases de preparación al parto. Las respiraciones que hay que llevar a cabo se muestran en la siguiente tabla:

**Tabla 3: Respiraciones de parto**

| RESPIRACIÓN                  | TÉCNICA   | UTILIDAD  |
|------------------------------|---|---|
| <b>RESPIRACIÓN ABDOMINAL</b> | Se toma aire por la nariz hasta llenar los pulmones completamente y se hinche el abdomen y se expulsa el aire por la boca mientras se contraen lentamente los músculos del abdomen. | Se utiliza para aliviar las contracciones más intensas durante la fase de dilatación del cuello uterino |

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| <b>JADEO</b>                | Se toma aire y se expulsa de forma sucesiva. Hay tres tipos de técnicas de jadeo: nariz-boca, nariz-nariz y boca-boca, pero la más recomendada es la nariz-boca. Como este tipo de respiración es poco habitual y puede producir mareos por hiperventilación, se recomienda hacerla con los ojos cerrados y en una posición cómoda para la embarazada. | Sirve para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y en la de expulsión. Se trata de respirar con rapidez y de forma entrecortada, para que la parte superior del tórax suba y baje, sucesivamente |
| <b>RESPIRACIÓN TORÁCICA</b> | Se realizan dos o tres inspiraciones profundas y cortas. Se mantiene la respiración al tiempo que se contraen los músculos del abdomen. A continuación, se relajan los músculos del periné y se realiza el pujo.   | Se utiliza durante el proceso de expulsión del feto, en los pujos.   |

*Fuente: Adaptado de Santisteban Gómez M, Pérez Guerrero MC, López Rodríguez Y López Vega B. Estrategia de intervención para la preparación psicofísica de la embarazada(23).*

En el periodo de dilatación lo común es que las mujeres permanezcan tumbadas en una camilla, no obstante, no se considera lo correcto. Se opta por el cambio de monitorización continua a monitorización intermitente ya que permite a las mujeres deambular durante el trabajo de parto y no tener que adoptar una posición rígida en la cama, cosa que ha demostrado beneficios tanto para el bienestar fetal por una disminución de alteraciones de la frecuencia cardíaca del feto, como para la evolución del parto, pues la dinámica uterina y el descenso de la presentación se facilitan en esta posición y también disminuye la percepción dolorosa (21).

En la sala de dilatación, la partera está controlada por las matronas, que tendrán una anamnesis, control de las constantes vitales, control del ritmo de contracciones uterinas y del latido cardíaco fetal, colocación de una vía y/o utilización de oxitócicos si el ritmo del parto lo requiere, tactos vaginales para valorar cómo evoluciona el proceso de dilatación y aplicación de analgésicos o de anestesia, según la voluntad de la mujer (1,2). Durante todo el período de dilatación hay que mantener una observación discreta pero continua y hay que ofrecer todo el soporte psicoemocional que necesite, así como orientar-la en las medidas físicas disponibles para ayudar-la (2,19).

### 3.4.3. El expulsivo

El período del expulsivo es el momento más simbólico del parto ya que abarca el periodo de expulsión del recién nacido. Este período se vive en la sala de partos (1).

La partera debe estar en una posición cómoda que sea de su preferencia y a la que el equipo de matronas y obstetras deben adaptarse. La mujer debe realizar los **pujos** durante la contracción y

mientras ésta no aparezca, descansar, relajarse y realizar respiraciones profundas para oxigenar bien al feto (1,2).

Se distinguen dos tipos de **posturas de parto**: verticales y horizontales. Las verticales fueron definidas como aquellas en que una línea imaginaria que uniera los centros de las vertebrae L3 y L5 esté en un ángulo de 90º o más respecto a la horizontal. Estas posturas, por tanto, serían: de pie, sentada, en cuclillas, de rodillas, o de manos- rodillas. En las posturas horizontales se adopta una posición en la cama, con la cabecera levantada en un ángulo de entre 0 y 45º; se puede distinguir entre decúbito dorsal, decúbito lateral o posición de litotomía (24). Actualmente, en los hospitales españoles, es mayoritario el uso de la posición supina, tanto durante el periodo de dilatación como en el periodo de expulsivo. El uso de esta postura, es debido en gran medida, al uso de la analgesia epidural en muchos de los partos, aunque también influyen otros factores, como la comodidad del asistente, partos muy medicalizados y el desconocimiento por parte de la mujer (25). La posición de litotomía está enormemente extendida entre nuestra cultura del parto; sin embargo, también es bien conocido el hecho de que, fisiológicamente, es la posición más desfavorable para la evolución del parto normal (19). Al estimular a las gestantes a que adopten otras posiciones durante la fase de expulsivo, se ha observado que las posturas verticales son las más favorables para el descenso y encajamiento de la presentación, así como para facilitar y mejorar las contracciones uterinas los pujos espontáneos, aumentando los diámetros pélvicos. Además, evitan el cansancio de la gestante en el expulsivo (19,21,25). No obstante, hay que tener en cuenta que se ve dificultada la protección del perineo y es más incómoda para el asistente al parto, además de que parecen ser más frecuentes los desgarros del perineo posterior (19).

Las recomendaciones se dirigen a alentar y ayudar a las mujeres, incluso a las que utilizan analgesia epidural y tienen la movilidad más reducida, a adoptar cualquier posición que encuentren cómodas (19,21,24,25).

Durante el expulsivo es importante que se haya creado un vínculo de confianza entre la matrona y la partera puesto que entre las dos llevaran a cabo el proceso y como mayor sea la empatía y la puesta en común del proceso, más fácil se alcanzará. A continuación se describen algunas técnicas que pueden ser utilizadas para favorecer el proceso (1,2):

- Administración de Oxitocina en caso de hipodinamia y con el consentimiento de la mujer.
- Control de la frecuencia cardíaca fetal cada 2-3 contracciones o cada 5 minutos.
- Aplicación de gasas húmedas con agua caliente para relajar.
- Aplicación de lubricantes para favorecer el desprendimiento del puente cefálico.
- Uso espejos para que la madre visualice la salida del recién nacido.



Inmediatamente después del nacimiento hay que colocar al bebé en los brazos de la madre, secarlo y taparlo. Es importante la potenciación del vínculo materno-filial desde la sala de partos así como la promoción de la lactancia materna por lo que hay que animar a la mamá a que se ponga el bebé en el pecho para estimular el efecto oxitócico, hecho que facilitará la siguiente fase de alumbramiento. En esta fase se procederá también a cortar el cordón umbilical del bebé, hecho que podrá hacer el acompañante si lo desea. Se recomienda cortar el cordón cuando deja de latir o hayan pasado 3 minutos (1,2,21,25).

Un tema importante a tener en cuenta y que supone una gran mejoría del estado de la partera y de la experiencia del parto es la instauración por **protocolo del ayuno** al entrar en la sala de partos. Para algunas mujeres, la prohibición de tomar alimentos sólidos o líquidos durante el parto representa un problema. Aunque hay mujeres que no desean comer ni beber durante la fase activa del parto, forzar el ayuno a aquellas que quieren comer puede suponer una experiencia muy desagradable (1).

La prohibición de la ingestión de líquidos o alimentos es una rutina asistencial que tampoco parece tener justificación en los embarazos de bajo riesgo. La técnica del ayuno se realizaba con la finalidad de prevenir el riesgo de aspiración de contenido gástrico en la anestesia general, técnica descrita por un estudio de Curtis Mendelson en 1946 (26). En la actualidad, la anestesia general en obstetricia ha dejado paso a las técnicas neuroaxiales, que son las que habitualmente se emplean en el transcurso de partos y cesáreas y, además, guías como la de la OMS (16) promueven el ofrecer líquidos por vía oral durante el parto, lo que ha llevado a replantearse la necesidad de dicha restricción. Está claro que una gestante en fase activa de parto no va a tener necesidades nutricionales importantes, pero el consumo de pequeños sorbos de agua o la ingestión de alimentos suaves y de fácil digestión no parecen aumentar de forma alarmante su incidencia, y más si se tiene en cuenta que, en partos de evolución normal, de bajo y medio riesgo, la posibilidad de una cesárea urgente, en la que sea precisa una anestesia general es bajo, más aún con las actuales técnicas de anestesia raquídea (2,19). En base a esta explicación, se concluye que la ingestión de alimentos y líquidos no se debería restringir a las mujeres de bajo riesgo. Se recomienda la ingestión de agua, bebidas isotónicas y alimentos sólidos ya que no modificaran la duración del parto, los requerimientos de oxitocina, el tipo de parto, el Apgar ni la incidencia de vómitos (1,19,21,27).

#### **3.4.4. El alumbramiento**

Tras el nacimiento del recién nacido y una vez iniciadas las primeras medidas de soporte a este, se debe proceder a la expulsión de la placenta y a la finalización del proceso de parto para poder derivar a la partera a la sala post-parto. La mujer ya estará bastante más relajada porque tendrá a su bebé en brazos, por lo que es una etapa generalmente tranquila (1).

Durante esta etapa, la matrona realizará una presión en la región abdominal para facilitar la salida de la placenta, y una vez expulsada, se realizará una revisión de esta para comprobar su correcta anatomía y descartar anomalías. En esta etapa también se suturará el periné, si es preciso y existen desgarros o episiotomías (1).

La episiotomía, introducida en la práctica clínica en el siglo XVIII, es una incisión realizada en el periné de la mujer que todavía se utilizaba ampliamente hoy en día durante el parto, a pesar de la pobre evidencia científica sobre sus beneficios y siendo todavía un procedimiento muy controvertido. La justificación de su uso se basaba en la reducción del riesgo de los desgarros perineales, de la disfunción del suelo pélvico, y de la incontinencia urinaria y fecal. Se pensaba que los potenciales beneficios para el feto eran debidos a un acortamiento del periodo expulsivo que facilitaba mayor número de partos espontáneos. Actualmente, las episiotomías no están justificadas como rutina ya que no demuestran proteger el perineo frente a desgarros graves, ni previene la incontinencia o los prolapsos, y sí aumenta el dolor, dificulta las relaciones sexuales y entraña un peligro en cuanto a que aumenta la morbilidad materna, por lo que queda descartado su uso en nulíparas. Las episiotomías deberían realizarse únicamente en casos de macrosomas superior a 4 kg, en presentaciones occipito-posteriores o en partos instrumentados con sospecha de compromiso fetal, y siempre con una previa analgesia eficaz (19,21,28).

En la actualidad hay un interés global en buscar estrategias para reducir el riesgo de trauma perineal durante el parto, avivando ante la evidencia de que la **episiotomía** debe practicarse de forma restrictiva, protegiendo el periné durante el expulsivo. Algunas de las técnicas de protección son la realización del masaje perineal, la aplicación de compresas calientes durante el expulsivo (19).

### 3.5. EL PARTO SIN DOLOR

El dolor es una experiencia humana universal que se experimenta física, emocional y cognitivamente, y es lo que frecuentemente motiva la petición de cuidados de salud (1).

Existen muchos estímulos dolorosos durante el proceso de parto que producirán dolor físico. Estos estímulos serán causados por los procesos fisiológicos del propio cuerpo durante el proceso de parto y serán diferentes en función de la etapa del parto en que la mujer se encuentre (1,29,30):

- En la **etapa de dilatación**, el dolor es consecuencia de las contracciones uterinas, porque disminuyen el riesgo sanguíneo del útero y de la dilatación y el acortamiento del cuello del útero por el estiramiento y la tracción de los músculos, que a su vez, estimula los ganglios nerviosos.

- En la **etapa de expulsivo**, además de los factores anteriores, se origina dolor por estiramiento de la vagina y del suelo pélvico y la presión sobre el perineo por acomodación de la presentación fetal. Además, las contracciones uterinas son más intensas y el cansancio de la mujer se acumula en función de la duración del periodo de dilatación. Las posturas adoptadas en el expulsivo pueden generar dolores musculares. El dolor será aumentado en mujeres nulíparas, ya que las mujeres que han tenido partos anteriores suelen tener una dilatación cervical y una distensión del canal blando más rápida y más fácil que cuando el proceso se produce por vez primera. El dolor de parto se incrementa también con la edad, por una debilidad en el estiramiento de las fibras musculares.
- La **etapa de alumbramiento**, todo y ser la más relajada para la mujer, puede aparecer dolor como consecuencia de la expulsión de la placenta, la episiotomía o desgarros y/o su reparación, y el cansancio y la fatiga intensa.

Entre los factores psicológicos y psicoemocionales, la cultura y la etnia, la educación y las habilidades de la mujer son variables significativas para la percepción del dolor (29). Hay que tener en cuenta el grado de conocimiento y comprensión que se tenga sobre el proceso, la confianza en los recursos, la capacidad y habilidad para manejar el dolor, el grado de serenidad con que se afronte el parto, el recuerdo de experiencias positivas o negativas en partos anteriores o de conocidos (30).

El alivio del dolor durante el parto contribuye al bienestar físico y emocional de la gestante. La preparación para el nacimiento debe incorporar, de forma detallada, la explicación de las diferentes técnicas para reducir el dolor durante el parto (1,19).

### **3.5.1. Medidas no farmacológicas de alivio del dolor**

Todo y que las técnicas anestésicas y analgésicas son las más extendidas en la actualidad, en una situación actual en la que se pretende reducir la medicalización y potenciar los partos naturales, las medidas de alivio no farmacológico han tomado gran importancia y cada vez son más recomendadas y utilizadas. En los programas de EM las mujeres deberían ser informadas de estas técnicas para poder decidir si desean utilizarlas. Estas medidas se pueden dividir en dos grandes subtipos: Las medidas físicas y las medidas psíquicas, se muestran a continuación en forma de tablas.

**Tabla 4: Medidas físicas de alivio del dolor de parto**

| TÉCNICA                 | DESCRIPCIÓN  |
|-------------------------|--|
| <b>MASAJE</b>           | Consiste en la aplicación de presión intensa, con el puño de la mano, durante la contracción en la zona lumbar de la gestante con el objetivo de frenar el dolor mediante una mejoría del flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos a través de la presión realizada. Además, ayuda a las mujeres a relajarse, transmitir interés, comprensión y procurar consuelo. Las mujeres suelen sentirse cuidadas y les producen bienestar la aplicación de la técnica, reduciendo el dolor y a su vez, la ansiedad. Estas maniobras de masaje las puede realizar el acompañante o la matrona.  |
| <b>TERMOTERAPIA</b>     | Consiste en la aplicación superficial de calor y frío y se ha usado tradicionalmente como técnica atenuante del dolor. Aplicando calor superficial se consigue una hiperemia por vasodilatación, que favorece la llegada de nutrientes a la zona tratada, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos. Durante la dilatación, se puede aplicar calor local en la zona lumbar y durante el expulsivo en la zona del periné, ingles, nalgas... La aplicación puede realizarse con una bolsa de caucho con agua caliente, envuelta con una toalla para prevenir quemaduras. Algunas mujeres prefieren la aplicación de frío, que también puede actuar disminuyendo el dolor  |
| <b>HIDROTERAPIA</b>     | También conocida por inmersión en el agua, es útil para reducir el dolor ya que aumenta la movilidad y la satisfacción del trabajo de parto y reduce el uso de analgesia epidural de forma muy significativa. Está demostrado que la flotabilidad favorece la comodidad de la mujer ayudándola a adoptar diferentes posturas verticales. Se recomienda una inmersión en agua caliente, a una temperatura que no supere los 37°C y que no supere las dos horas. Las condiciones óptimas para la inmersión se dan cuando la dilatación del cuello uterino es de 5 cm, no se recomienda una inmersión temprana. Algunos hospitales ya disponen de bañeras, pero también se puede emplear la ducha.  |
| <b>EJERCICIO FÍSICO</b> | En entrenamiento físico preparatorio durante el embarazo produce en el momento del parto un alivio de la ansiedad, mejora del tono muscular, prevención de la fatiga, agilización del proceso, disminución de las molestias y en consecuencia mejora de la sensación de dolor. Estos ejercicios que deben practicarse entre 15 y 30 minutos diarios y sin elevar la frecuencia cardíaca sobre 140 pulsaciones por minuto ayudan también a mejorar la movilidad la movilidad en el embarazo y aumentar el nivel de energía. Este método requiere instrucción individual tanto de la gestante como de su pareja, preparando a la mujer emocional, intelectual y físicamente para el momento del alumbramiento, no siendo solamente importante la eliminación del dolor, sino que a través de la preparación, la madre sea capaz de asumir un papel activo y protagonista durante el parto. Los ejercicios a realizar son de calentamiento y flexibilidad, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios circulatorios y respiratorios, entrenamiento cardiovascular, capacidades coordinativas y ejercicios de relajación. |

Fuente: Redacción propia tras síntesis de la evidencia científica de los siguientes citados (1,19,20,23,29–35).

**Tabla 5: Medidas psíquicas de alivio del dolor de parto**

| TÉCNICA                       | DESCRIPCIÓN   |
|-------------------------------|---|
| <b>DISTRACCIÓN</b>            | Consiste en tratar que la partera centre su atención en estímulos diferentes a la sensación dolorosa. Se aumentan otros impulsos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cenestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse) de manera que la situación se hace más llevadera. Por este motivo, se debe informar a la mujer sobre la posibilidad de escuchar su música, concentrarse en la respiración, moverse, mirar por un espejo... En general, se recomienda que utilice diferentes modalidades sensoriales. |
| <b>RELAJACIÓN</b>             | Consiste en una disminución de la tensión muscular y mental, proporcionando una sensación de tranquilidad y calma de la mente y de los músculos con la finalidad de reducir la ansiedad y la percepción del dolor. Las técnicas de relajación enseñan a percibir la sensación dolorosa más objetivamente, liberándose del componente emocional que convierte el dolor en sufrimiento. Este es el motivo por el cual las gestantes deben aprender y entrenar técnicas de relajación.   |
| <b>APOYO DURANTE EL PARTO</b> | Potencia la seguridad de la partera. Está demostrado que las mujeres que están acompañadas durante el parto tienen menor necesidad de analgésicos y están más satisfechas con la experiencia, hecho que potencia la importancia del papel de la matrona como acompañante de la mujer durante el parto, así como el imprescindible acompañamiento por personas que formen parte del entorno de la mujer.   |

*Fuente: Redacción propia tras síntesis de la evidencia científica de los siguientes citados (1,19,20,23,29-35).*

Fuera de las técnicas más convencionales, existen otras técnicas que de momento, no son demasiado utilizadas en Cataluña. No obstante, algunas matronas catalanas se han iniciado en su formación, de manera que se podrán utilizar en un futuro cercano. Así pues, también deben presentarse estos otros métodos alternativos para que las gestantes puedan conocer su aplicación y eficacia. Estas terapias complementarias y alternativas (TCA) son las siguientes (1,19,29,30):

- La **hipnoterapia**: Técnica que lleva a la partera a un estado alterado de conciencia que permite la analgesia hipnótica. Ésta puede ser útil durante el trabajo de parto, aunque no existen pruebas concluyentes sobre su efectividad analgésica. Se precisan nuevos estudios para confirmar éste y otros efectos incluidos como variables secundarias en los estudios analizados: incremento del número de partos eutócicos, reducción del uso de oxitócicos, reducción de la duración del trabajo de parto, entre otros.
- Las **inyecciones de agua estéril**: Método que consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intercutánea (0,1-0,5 ml) en la región lumbo-sacra, formando unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos hasta el mismo a través de los

nervios espinales. Su efecto comienza a los pocos minutos de la aplicación y es total al cabo de 30-40 minutos, pudiendo durar aproximadamente 90 minutos. Se debe informar a la mujer que una de sus mayores desventajas es la aparición de escozor durante la administración de la inyección intradérmica. Se trata de una técnica eficaz y muy recomendada por la bibliografía.

- La **estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS)**: Técnica analgésica utilizada en varias patologías que se basa en enviar desde la piel una estimulación nerviosa repetida para inhibir la transmisión de impulsos nociceptivos a nivel medular, es decir para inhibir la información dolorosa. Éste método permite el control por la propia mujer (ella puede controlar el generador y aumentar la intensidad), mantener la deambulación, no afecta al estado de conciencia y supone una opción para las que no desean medicación. En general, las mujeres muestran satisfacción ante esta técnica.
- La **acupuntura** se realiza mediante inserción de agujas finas en la piel de diferentes puntos estratégicos situados sobre canales energéticos que recorren el cuerpo. Esta técnica, actuaría de forma beneficiosa en el parto, bloqueando la transmisión de los estímulos dolorosos hacia la médula espinal o el cerebro y estimulando la producción de endorfinas que reducen el dolor. Falta evidencia que corrobore los beneficios de éste método.

Los sistemas sanitarios son cada vez más tolerantes con las TCA que se aconsejan para promover la salud de manera individualizada, aumentar el bienestar y potenciar la autosanación. Las tendencias se encaran a la reducción del dolor durante el parto mediante estas técnicas, destacando la acupuntura y la hipnosis, la TENS, las inyecciones de agua estéril en la zona lumbar, la inmersión en agua caliente durante el parto y la reducción del dolor perineal mediante la aplicación de compresas frías en el periné. Las TCA que más recomiendan las matronas son el masaje, las plantas medicinales, las técnicas de relajación, los suplementos nutricionales, la homeopatía, la fitoterapia, la aromaterapia y la acupuntura. Su aplicación en las prácticas diarias se basa en favorecer el parto como un proceso natural (30,35).

### **3.5.2. Medidas farmacológicas de alivio del dolor**

El dolor descrito por las mujeres durante el momento del parto ha motivado durante décadas a la búsqueda de estrategias analgésicas. Todo y que las corrientes actuales intenten buscar la desmedicalización del parto y potenciar al máximo los recursos naturales, hay casos en que es necesario recurrir a técnicas analgésicas y casos en que las mujeres lo prefieren.

Las **técnicas neuroaxiales** aparecieron en España en los años 70 consiguiendo un intenso alivio del dolor, al interrumpir la transmisión de los impulsos nociceptivos de la médula espinal mediante la utilización de

fármacos. Actualmente se conoce como la técnica referente de analgesia en el parto, por éste motivo es necesario conocer la eficacia de éste método y aclarar en qué medida puede interferir en el desarrollo del parto o qué efectos maternos y fetales son atribuibles realmente a dichas técnicas, para informar adecuadamente a las mujeres y facilitar así su decisión (19,36).

La técnica neuroaxial más popular en el parto es la **anestesia epidural** (AE). La evidencia y la experiencia demuestran que es la técnica más segura y efectiva en cuanto al alivio farmacológico del dolor en el parto, además, produce un acortamiento en la etapa de dilatación. No obstante, pese a los grandes beneficios que la definen, no está exenta de complicaciones. Los efectos más importantes respecto al trabajo de parto vienen determinados por la acción de esta analgesia sobre los nervios motores, que origina una relajación de los músculos del suelo pélvico que entorpece la flexión y rotación de la presentación, lo que puede dar lugar a malposiciones fetales. Por otro lado, puede producir hipotensión, retención urinaria, fiebre y un alargamiento de la etapa de expulsión, incrementando el riesgo de parto instrumental (1,19,36–38).

La vivencia y grado de satisfacción de las mujeres tras la experiencia del parto con el empleo de AE han obtenido resultados en general muy positivos respecto a su uso. En un estudio sobre la opinión de las mujeres que parieron bajo AE realizado en 2003 (39), se determina que casi la mitad de las mujeres manifestaron sentirse plenamente satisfechas y aproximadamente la totalidad de las encuestadas habían visto cumplidas sus expectativas con el empleo de AE, además de manifestar que ante la posibilidad de utilización de AE en un hipotético nuevo parto, la mayoría de las mujeres demandaría la AE si tuviesen la oportunidad.

Todo y ser la técnica por excelencia, en ocasiones también puede estar contraindicada ante casos de hipovolemia, hipertermia, alteraciones de la coagulación, lesiones de la columna vertebral, enfermedades de la medula espinal y bloqueo auriculoventricular completo, siendo la hipertensión inducida por el embarazo una contraindicación muy discutida. Por estas causas, existen otros métodos analgésicos farmacológicos, entre ellos el óxido nítrico y los opioides como la petidina, la pentazocina y el remifentanilo. (19,36):

## 4. JUSTIFICACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

La realidad actual de la situación de la atención obstétrico-ginecológica en este país, es que el hecho de trabajar de una determinada forma ha propiciado que determinadas prácticas sistemáticas sean muy difíciles de cambiar en los paritorios de toda España. La fuerte jerarquización de la sanidad española, los importantes avances acontecidos en diferentes campos de la obstetricia y la ginecología, la escasez de matronas durante muchos años y otros factores han contribuido a que la asistencia obstétrica en lo referente al parto natural haya permanecido prácticamente inamovible en los últimos 30 años, manteniendo prácticas que, en comparación con la bibliografía científica de otros países, no parecen tener justificación. Por otro lado, la aparición de leyes que defiendan los derechos de los usuarios, hace a los profesionales de este ámbito los responsables directos de ofrecer los mejores cuidados avalados por la mejores evidencias disponibles; esto implica un compromiso directo de los profesionales por una actualización y mejora continua en la asistencia al parto natural, no solamente basada en medios y avances técnicos, sino muy especialmente en la aplicación de cuidados eficaces y de la adecuada formación profesional y poblacional (2,3,21).

Por este motivo, siendo conocedores de que en la actualidad nuestro país está buscando métodos y proyectos para conseguir una atención obstétrica más humana y centrada en las mujeres y en sus familias, resulta fundamental potenciar el campo de la EM para conseguir, entre otros aspectos, esta humanización de la asistencia perinatal, que permita además, lograr una buena vivencia del momento. Todo y existir una tendencia al cambio y que varias comunidades autónomas como Cataluña (1,2), el País Vasco (19), Andalucía (40) y la Comunidad de Madrid (41) hayan propuesto en marcha guías y proyectos de educación maternal que dan énfasis a los puntos anteriormente mencionados, el porcentaje de participación a estos programas sigue siendo bajo y poco efectivo (1,7) cosa que repercute negativamente en la tasa de partos naturales en nuestro país, que comparándola con otros países de la Unión Europea es baja (2).

La base de éste proyecto es la **propuesta de un programa de educación al parto natural** que pretenda compensar las carencias detectadas hasta el momento y permita reducir las cifras de uso de la anestesia epidural, aumentar la participación a los programas de EM, empoderar a la población de gestantes de Catalunya y reducir la sobresaturación de las urgencias hospitalarias, contribuyendo a un aumento en el número de partos naturales en Catalunya.

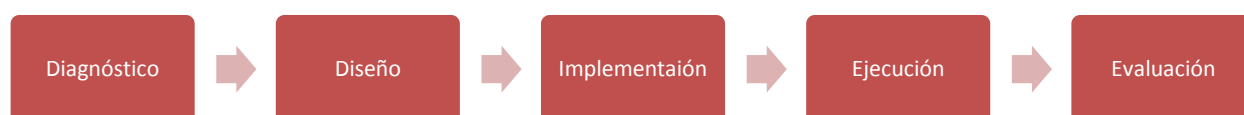
El programa “Mi primer parto, un parto natural” está diseñado para realizarse como prueba piloto, con una duración de 3 meses, en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) de Lleida por criterios de oportunidad y en un grupo de 10 primigestas y 10 acompañantes.



## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1. Fases del proyecto

La realización de esta propuesta de programa se divide en 5 etapas que comprenden desde el planteamiento del problema a resolver hasta la ejecución y evaluación del programa en su totalidad. Las fases se desarrollan de la siguiente manera:



**Tabla 6: Fases del proyecto**

Cada una de las fases está predeterminada con una serie de ítems a desarrollar. A continuación se explica que es lo que se ha realizado en cada una de ellas.

| FASE                  | FINALIDAD   |
|-----------------------|---|
| <b>DIAGNÓSTICO</b>    | Para conseguir el éxito en un programa es necesario realizar una buena fase diagnóstica sobre la importancia del problema a resolver, así como la viabilidad de los recursos y las intervenciones. Se ha investigado acerca de la magnitud del problema, la adecuación de los contenidos, las actitudes y aptitudes a desarrollar y la disponibilidad de los profesionales. |
| <b>DISEÑO</b>         | Elaboración de una intervención basada en la realización de diferentes actividades enfocadas a educar a las futuras gestantes en el proceso de parto que se describirán a continuación. Este proyecto se ha diseñado en base a la complementación de unos objetivos que deberán ser evaluados y siguiendo un marco teórico construido con bibliografía actual i científica. |
| <b>IMPLEMENTACIÓN</b> | Puesta en marcha de los recursos necesarios para poder iniciar la ejecución del programa. Se trata de la fase previa al desarrollo en sí de la intervención. En ella se realizará la captación y motivación del personal, adecuación de la estructura y los recursos económicos y materiales.   |
| <b>EJECUCIÓN</b>      | El desarrollo del programa está planteado con una duración de 3 meses de manera que se pueden realizar 4 cursos durante un año. Existe la opción de duplicar o triplicar los grupos y/o sesiones en función de la demanda. Las inscripciones a los cursos se efectuaran en relación a las semanas de gestación y a la fecha de previsión de parto.                          |
| <b>EVALUACIÓN</b>     | Se plantean evaluaciones parciales tras cada sesión pero cuando el programa concluya se realizará una evaluación final que permitirá hacer correcciones para fases futuras y se realizara un tratamiento estadístico de los datos.  |

Fuente: Adaptación de Botella Cañamares F, Cabaleiro Fabeiro IF. Programa de promoción de salud materno-infantil (42).

## 5.2. Metodología de búsqueda

La estrategia de búsqueda bibliográfica que se ha utilizado para la realización de este proyecto ha consistido en un análisis exhaustivo de la literatura científica relacionada principalmente con la preparación al parto natural. En relación al tema, se ha buscado información sobre la educación para la salud, más concretamente en educación maternal y dinámicas de grupo, como herramienta de trabajo de los profesionales de éste ámbito.

Las principales bases de datos que se han utilizado para la selección de información han sido Pubmed, Cuiden, Google Académico y The Cochrane Library. Con la finalidad de seleccionar las evidencias más actuales y adecuadas se han filtrado resultados por antigüedad de los últimos 10 años, por estudios realizados en nuestro país y en idiomas castellano e inglés. Las palabras clave mediante las cuales se ha realizado la búsqueda de la información han sido las siguientes: *parto natural/natural birth, educacion maternal, comadrona/midwife, cuidados en el parto/care in normal birth, dinámica de grupo/ group dynamic, educación sanitaria/ health education, talleres grupales/ group workshops, educación grupal/ group education, anestesia epidural/epidural anesthesia, alivio dolor de parto/labor pain relief, métodos no farmacológicos/nonpharmacologic methods, programa de educación sanitaria/ health education program, estrategias de actuación de enfermería/ nursing intervention strategies, modelos de intervención/ intervention models.*

Además, gran parte de la evidencia utilizada en éste proyecto se respalda en la bibliografía que han utilizado las guías actuales de educación al parto de diferentes comunidades autónomas como Cataluña, Madrid, Andalucía y el País Vasco, en las que se da especial énfasis al parto natural. Por otro lado, un gran número de artículos han estado publicados en revistas científicas del ámbito de la enfermería obstetra-ginecológica, como por ejemplo la revista «Matronas Profesión» que es actualmente la única revista dedicada a esta especialidad y se ha convertido, con el paso de los años, es un referente editorial para el colectivo.

## 5.3 Población diana

El programa está pensado para la formación de un grupo de mujeres sin experiencias previas de parto que estén realizando un seguimiento obstétrico en el HUAV y estén interesadas en realizar un parto natural y quieran ampliar sus conocimientos sobre el tema. Los grupos serán de 10 mujeres con posibilidad de acudir con su pareja en algunas sesiones.

Los **criterios de inclusión** que deben tener los participantes del programa son los siguientes.

- Gestantes nulíparas de entre 20 y 28 SG

- Mujeres residentes en Lleida y que realizan el seguimiento de su embarazo en el HUAV
- Gestantes en previsión de un parto eutócico

Los **criterios de exclusión** están contemplados en su mayoría para mujeres que por sus condiciones de embarazo no podrán seguir las actividades para la previsión de un parto general, son los siguientes:

- Gestantes que esperan gemelos
- Gestantes que inician el parto antes de la semana 37
- Gestantes que tienen un bebé que no ha crecido adecuadamente
- Gestantes que padecen algún problema (HTA O DG)
- Gestantes que necesitan una cesárea o inducción al parto
- Gestantes multíparas

#### 5.4. Recursos

En la etapa de diseño ha sido necesario contar con una serie de recursos humanos, físicos y materiales. En la fase de implementación se gestiona la preparación de estos, y son los siguientes:

##### 5.4.1. Recursos previos y preparatorios

- Reuniones con los equipos directivos de matronas de Cataluña para debatir sobre las cargas de trabajo y la disponibilidad de los profesionales así como de la necesidad de recursos materiales.
- Contacto con el equipo directivo del HUAV para presentarle el programa y pedir los permisos y subvenciones necesarias.
- Contacto con la Universidad de Lleida para informar sobre el programa y pedir la colaboración estudiantes que realicen acciones voluntarias y que puedan ser compensados con un crédito de materia transversal.
- Preparación y entrega de un cuestionario a las parteras ingresadas en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV) los meses de Noviembre de 2015 a Enero de 2016 en el que se debería preguntar acerca de qué tipo de preparación hubieran deseado para su parto, que conceptos les hubiera gustado conocer y que habilidades echaron en falta durante su proceso de parto.
- Realización de una entrevista a las mujeres con confirmación de embarazo en los meses de Enero a Marzo de 2016 para obtener respuesta a preguntas como ¿Cuántas personas tienen el problema o necesidad?, ¿A cuántas personas les preocupa?, ¿Cuántas están dispuestas a aprender? Y gestionar las posibles candidatas al proyecto, haciéndolas entrar en lista de espera si lo solicitan.

- Captación de las 10 gestantes que participaran al programa, siendo cumplidoras de los criterios de inclusión. La captación se realizará por orden de aceptación a la inclusión en el programa.
- Petición de permisos para realizar una visita programada a la sala de dilatación y de partos del HUAV
- Realización de una carta informativa que se entregará a las gestantes seleccionadas para participar al programa por correo.

#### **5.3.1. Recursos humanos**

- 2 Matronas encargadas de llevar a cabo la ejecución del programa, desarrollando los diferentes talleres y actividades.
- 1 Estudiante de Enfermería de la Universidad de Lleida (UDL) que preparará las salas con el material necesario antes de las sesiones que será recompensado con 1 crédito de materia transversal.
- 2 Administrativas encargadas de gestionar las inscripciones al programa e informar a las gestantes seleccionadas.

#### **5.3.1. Recursos físicos y materiales**

- 1 sala del HUAV habilitada con capacidad para 20 personas para realizar los talleres que disponga de:
  - Sillas con mesa extensible
  - Ordenador con proyector pantalla y altavoces, proyector y pantalla
- 1 sala de gimnasia del gimnasio EKKE habilitada con colchonetas, pelotas, espejos...
- 1 despacho en el que la matrona pueda atender algunas consultas privadas tras las sesiones.
- Material audiovisual en PowerPoint para que la matrona se ayude en las explicaciones teóricas y los contenidos de las sesiones.
- Tabla horaria con la programación de todos los talleres que se deberá hacer llegar a los participantes con anterioridad.
- Trípticos y folletos informativos para que las gestantes lleven a casa con los contenidos más importantes de cada taller.
- Videos
- Casos clínicos
- Fichas de preguntas, cuentos, etc.
- Cuestionarios de evaluación

## 5.5. Cronograma

Como se ha comentado anteriormente esta propuesta de proyecto se plantea en una serie de 5 etapas. Al solo haberse realizado la detección del problema, la búsqueda bibliográfica y el diseño del programa, se podría clasificar este proyecto como una propuesta de programa.

En la siguiente tabla se muestra como se han distribuido en el tiempo las etapas realizadas y como se propone que se deban llevar a cabo las fases restantes.

**Tabla 7: Cronograma**

|           | DIAGNOSTICO | DISEÑO | IMPLEMENTACIÓN | EJECUCIÓN | EVALUACIÓN |
|-----------|-------------|--------|----------------|-----------|------------|
| Oct 2015  |             |        |                |           |            |
| Nov 2015  |             |        |                |           |            |
| Dic 2015  |             |        |                |           |            |
| Ene 2016  |             |        |                |           |            |
| Feb 2016  |             |        |                |           |            |
| Mar 2016  |             |        |                |           |            |
| Abr 2016  |             |        |                |           |            |
| May 2016  |             |        |                |           |            |
| Jun 2016  |             |        |                |           |            |
| Jul 2016  |             |        |                |           |            |
| Ag 2016   |             |        |                |           |            |
| Sept 2016 |             |        |                |           |            |
| Oct 2016  |             |        |                |           |            |
| Nov 2016  |             |        |                |           |            |
| Dic 2016  |             |        |                |           |            |
| Ene 2017  |             |        |                |           |            |
| Feb 2017  |             |        |                |           |            |

Se pretende realizar la selección de pacientes y el resto de tareas especificadas anteriormente en la fase de implementación durante los meses de Junio, Julio y Agosto con la finalidad de que la prueba de éste proyecto se pueda realizar en Lleida en Septiembre de 2016, marcando una duración de 2 meses aproximados para el desarrollo de las sesiones, dejando tiempo para una posterior evaluación que durará hasta Febrero de 2017, época en la que se presupone que las gestantes participantes en el programa hayan dado a luz cosa que no permitirá evaluar la idoneidad del programa y plantearnos su futura implantación en otras capitales de Cataluña a partir de Febrero de 2017.

El desarrollo de las 6 sesiones de las que consta la intervención está previsto para realizarse en el horario que mejor se adapte a los participantes puesto que se consensuará con ellos en el periodo de selección, no obstante, se proponen las siguientes fechas y horarios para la realización de las sesiones.

**Tabla 8: Fechas y horarios del desarrollo del programa**

| 1ª SESIÓN    | 2ª SESIÓN    | 3ª SESIÓN    | 4ª SESIÓN    | 5ª SESIÓN    | 6ª SESIÓN    |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 15/09/2016   | 22/09/2016   | 06/10/2016   | 20/10/2016   | 27/10/2016   | 10/10/2016   |
| 12:00-14:00h | 10:00-12:00h | 10:00-12:00h | 10:00-12:00h | 10:00-12:00h | 10:00-12:00h |
| ó            | ó            | ó            | ó            | ó            | ó            |
| 19:00-21:00h | 17:00-19:00h | 17:00-19:00h | 17:00-19:00h | 17:00-19:00h | 17:00-19:00h |

Las sesiones serán de 2 horas y es importante que estén bien cronometradas ya que supondrá un punto importante para los participantes comenzar y acabar puntualmente así como aprovechar el máximo tiempo disponible. De la misma manera, se pautará con los participantes, en medida de lo posible, la distribución del tiempo de cada sesión o si se desea realizar alguna pausa entre horas.

## 6. OBJETIVOS

### Objetivo general

A pesar de la tendencia actual que existe en Cataluña, así como en el resto de España, de promover los partos naturales y humanizados, y todo y que un elevado porcentaje de mujeres se decanten por un parto natural no medicalizado, un gran número de éstas en el momento del parto muchas se echan para atrás, motivo que influye en la disminución del porcentaje de partos naturales.

El principal objetivo que persigue este programa es **aumentar un 20% la tasa de partos naturales en Cataluña.**

### Objetivos intermedios

El objetivo general y principal, estará condicionado por la consecución de otros objetivos que también se consideran importantes e imprescindibles en el diseño de éste programa, estos serán los objetivos intermedios.

- Aumentar en un 40% la tasa de participación en los programas de educación maternal.
- Educar al 90% de las gestantes asistentes al programa en valores, conocimientos teóricos y habilidades prácticas necesarias para una buena vivencia del parto natural.
- Reforzar en el 90% de las gestantes asistentes al programa la toma de decisiones personales durante su proceso de parto.
- Reducir en un 30% el porcentaje de mujeres que eligen como primera opción la anestesia epidural.
- Reducir en un 30% los ingresos prematuros a las urgencias obstétricas.

### Objetivos específicos

Los objetivos específicos son los que corresponden a los aspectos más destacados de cada una de las sesiones sesión, diseñados para lograr una educación favorable en conocimientos, actitudes y valores que promuevan en las gestantes el parto natural, por lo que resultan imprescindibles para la consecución del objetivo principal. Los objetivos específicos son:

- Permitir a las gestantes y sus acompañantes conocer en qué consiste el parto natural, las fases de este así como las complicaciones que pueden surgir durante el proceso.
- Promover la reflexión grupal acerca de la magnitud de los sentimientos derivados durante el proceso y la importancia de vivirlo en compañía.

- Capacitar a las gestantes en el reconocimiento de la contracción y los signos de alarma para acudir al hospital
- Demostrar a las gestantes la existencia de técnicas no farmacológicas de alivio de dolor en el parto.
- Mejorar las habilidades psicofísicas de las gestantes como entrenamiento al parto.
- Habilitar a las gestantes y sus acompañantes para que sean capaces elaborar un plan de parto de manera autónoma y personal.



## 7. INTERVENCIÓN

Dada la importancia de la preparación para el nacimiento, con este programa se pretende contemplar no sólo los conocimientos, sino también los sentimientos, las emociones y las habilidades necesarias para hacer frente a los aspectos fundamentales del parto, así como el entrenamiento psicofísico. Estos contenidos están pensados para dar respuesta a las necesidades que expresan las mujeres y sus parejas, así como los y las profesionales que se dedican a la educación para la preparación del nacimiento.

La intervención de éste proyecto consiste en el planteamiento de un programa de educación al parto que consta de 6 sesiones. Las sesiones planteadas se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 9: Resumen de las sesiones planteadas en la intervención del proyecto**

| Nº | SESIÓN   | CONTENIDOS   | USUARIOS                 | LUGAR         |
|----|--|--|--------------------------|---------------|
| 1ª | <b>¡HA LLEGADO EL MOMENTO!</b>                       | <b>El parto natural:</b> Definición, fases, actuaciones y complicaciones.                                  | Gestantes y acompañantes | Sala HUAV     |
| 2ª | <b>MIEDO, ESTRÉS, IMPORTANCIA... ¡SOLA NO PUEDO!</b> | <b>Miedos, sentimientos y preocupaciones</b> del proceso de parto. Importancia del <b>acompañamiento</b> . | Gestantes y acompañantes | Sala HUAV     |
| 3ª | <b>¿CUANDO ACUDO AL HOSPITAL?</b>                    | La <b>contracción</b> y los <b>signos de alarma</b> del parto en curso.                                    | Gestantes                | Sala HUAV     |
| 4ª | <b>¿ME VA A DOLER?</b>                               | Técnicas no farmacológicas de <b>alivio del dolor</b> .  | Gestantes y acompañantes | Sala HUAV     |
| 5ª | <b>DESTREZAS Y HABILIDADES PARA EL PARTO</b>         | <b>Entrenamiento psicofísico</b> para la preparación al parto.   | Gestantes y acompañantes | Gimnasio EKKE |
| 6ª | <b>PREPARADOS PARA LA NUEVA ETAPA</b>                | <b>El plan de parto</b>  | Gestantes y acompañantes | Sala HUAV     |

## 1ª SESIÓN ¡HA LLEGADO EL MOMENTO!

En general, el parto se asocia sólo con la imagen de la salida del bebé pero, en realidad, el parto es un fenómeno mucho más complejo, con diferentes fases. Con la realización de esta actividad se pretende que las mujeres y sus parejas adquieran conocimientos sobre las diferentes fases del parto, y sobre todo lo que acontece a cada una de ellas, su duración y las posibles actuaciones ante las diversas situaciones que pueden acontecer.

### OBJETIVO

Permitir a las gestantes y sus acompañantes conocer en qué consiste el parto natural, las fases de este así como las complicaciones que pueden surgir durante el proceso.

### MATERIAL

- Video: *El proceso del nacimiento*
- PowerPoint: *El proceso de parto (Anexo 1)*
- Ficha de imágenes: *Actuaciones en las fases de parto (Anexo 1)*
- PowerPoint: *Complicaciones durante el proceso de parto (Anexo 1)*
- Ficha: *El cuento de los prejuicios (Anexo 1)*

### DESARROLLO DE LA SESIÓN

#### 1. Presentación

- Presentación de la matrona y del grupo con dinámicas de grupo.
  - Autopresentación: Uno por uno, los miembros del equipo se presentarán diciendo su nombre, señalando de quien son pareja, las semanas de gestación en las que se encuentra y algún rasgo de su personalidad que quieran transmitir al grupo. En este ejercicio empezará la matrona.
  - Repetición de nombres: Los participantes tendrán que decir su nombre y el de los compañeros anteriores, la matrona será la última.
- La matrona realizará una breve presentación general del programa *Mi primer parto, un parto natural*, en el que se harán constar los objetivos del programa, la cronología de las sesiones, los horarios y las pautas a seguir durante el proceso. En este punto los participantes manifestarán sus expectativas, intereses y motivaciones y se intentará adaptar los contenidos de las sesiones a las preferencias del grupo.

## 2. El proceso de parto

- Visualización del video *El proceso del nacimiento*. Después de la visualización los participantes deben reflexionar sobre las siguientes preguntas:
  - ¿Qué es lo que más os ha impactado?
  - ¿Qué es lo que más os ha emocionado?
- Exposición por parte de la matrona, con la presentación PowerPoint *El proceso de parto* (Anexo 1). Se explicará el parto natural, las fases del parto, que sucede en cada etapa, que duración tienen y que actuaciones se realizan en el hospital. Tras la exposición se abrirá una ronda de preguntas, dónde la matrona resolverá las dudas de los participantes.
- Dinámica de grupo: Se realizarán 5 grupos de 4 personas y a cada grupo se le dará una imagen de la ficha *Imágenes de las actuaciones en el proceso de parto* (Anexo 1). Un voluntario de cada grupo tendrá que exponer al resto lo que significa y a que fase del parto corresponde la imagen. Las imágenes estarán relacionadas con técnicas y actuaciones que se llevan a cabo en cada fase del parto y servirá de repaso de los conocimientos transmitidos por la matrona.

## 3. Situaciones adversas que hay que saber afrontar

- La matrona explicará a los participantes mediante la presentación *Complicaciones durante el proceso de parto* (Anexo 1), las situaciones adversas que pueden aparecer durante el momento del parto: sospecha de malestar fetal, partos prematuros y malformaciones en el feto.
- Se repartirá a cada pareja la ficha de *El cuento de los prejuicios* (Anexo 1) para que sea leído en silencio. Una vez leído el cuento la matrona invitará al grupo a reflexionar sobre:
  - Las diferentes situaciones que se describen en el relato.
  - La idea de que no todas las cosas que nos ocurren son totalmente negativas o positivas.
  - La necesidad de mantener una actitud positiva ante las diversas circunstancias que se puedan dar.
  - La necesidad de buscar soluciones que permitan huir de estados de ánimo negativos.
  - La idea de que aquello que en un principio puede parecer negativo, no siempre acaba siéndolo.

## 4. Conclusión de la sesión y despedida

- La matrona complementará la *Ficha de asistencia* (Anexo 7) y la *ficha de evaluación de resultados* (Anexo 8)
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso* (Anexo 9) de la actividad para que realicen todos los participantes.
- Se citará a los participantes para la siguiente sesión recordando los contenidos de ésta.

## 2ª SESIÓN - MIEDO, ESTRÉS, IMPOTENCIA... ¡SOLA NO PUEDO!

La finalidad de esta actividad es que las mujeres y sus parejas se den cuenta de que una misma situación o circunstancia puede ser percibida de una manera muy diferente según cada persona y que este hecho puede influir en su vivencia y en su recuerdo del parto.

### OBJETIVO

Promover la reflexión grupal acerca de la magnitud de los sentimientos derivados durante el proceso y la importancia de vivirlo en compañía.

### MATERIAL

- Pelota de goma
- Ficha: *Experiencias personales del parto* (Anexo 2)
- Pizarras individuales y tizas
- Video: *El padre en el parto*

### DESARROLLO

#### 1. Presentación

- La matrona presentará los objetivos de la sesión
- Dinámica de grupo: Para recordar los nombres, el grupo se colocará el círculo y con una pelota de goma tendrán que pasarla a alguien diciendo antes su nombre.

#### 2. Afrontando los sentimientos del parto

- Para empezar la sesión la matrona repartirá la ficha de *Experiencias personales del parto* (Anexo 2) y narrará las 4 experiencias personales de mujeres sobre el momento del parto. Cada una de ellas refleja una situación determinada que puede dar lugar a resoluciones y sentimientos opuestos.
- Se dividirá la sala en 4 rincones y a cada rincón se asignará un tema: Los sentimientos, El dolor, La pareja y El primer contacto con mi bebé. Los grupos se realizarán al azar y en cada mesa se debatirá sobre la situación y se escribirán 10 sentimientos positivos que estén relacionados con ese momento. Un voluntario de cada grupo los transmitirá al resto.
- La matrona cerrará la actividad reforzando la idea de que lo más relevante de los ejemplos que se han expuesto no es la circunstancia que se está viviendo, sino la manera personal de experimentarla. Hay que asumir positivamente las vivencias relacionadas con el nacimiento de los hijos o hijas.

### 3. El papel del padre en el parto

- Dinámica de pareja: La matrona separará el grupo en 2. En un lado se pondrán las gestantes y en otro los acompañantes.
  - Las gestantes, en una pizarra, deberán anotar “que le piden” a su pareja durante el momento del parto y deberán dar la vuelta a la pizarra sin que se vea lo escrito.
  - Los acompañantes, en otra pizarra, escribirán que les gustaría ofrecer a su pareja durante el momento del parto.
  - La matrona pedirá a las parejas, una por una, que levanten a la vez sus pizarras para poner en común los sentimientos y expectativas de cada pareja.
- Visualización del vídeo *El padre en el parto*, donde se muestran tiernas imágenes sobre el papel del padre o la madre en el parto. Tras la visualización se abrirá ronda de opiniones, emociones, sensaciones sobre la paternidad.

**4. Visita al área obstétrica del HUAV:** La matrona hará una ruta turística y permitirá la entrada solamente a las gestantes de la sala de dilatación y la sala de partos, donde podrán ver el entorno para evitar el miedo a lo desconocido.

### 5. Conclusión y despedida

- La matrona pedirá a las gestantes que expliquen a los acompañantes que emociones han tenido en la sala de partos y que opiniones les quieren transmitir.
- La matrona complementará la *Ficha de asistencia (Anexo 7)* y la *ficha de evaluación de resultados (Anexo 8)*
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso (Anexo 9)* de la actividad para que realicen todos los participantes.
- Se citará a los participantes para la siguiente sesión recordando los contenidos de ésta.

## 3ª SESIÓN - ¿Cuándo acudir al hospital?

Muchas embarazadas, sobre todo las primerizas, coinciden en dudar acerca de si serán capaces de reconocer las contracciones o el inicio del trabajo del parto. Además, los servicios de urgencias se colapsan muchas veces con falsas contracciones. Con el desarrollo de esta actividad se pretende poner al alcance de las gestantes la información necesaria para resolver su incertidumbre, de manera que sepan identificar el momento en que deben dirigirse al hospital.

**OBJETIVO:** Capacitar a las gestantes en el reconocimiento de la contracción y los signos de alarma para acudir al hospital.

## MATERIAL

- Video *La contracción*
- PowerPoint *Las Contracciones (Anexo 3)*
- PowerPoint *¿Cuándo acudir al hospital? (Anexo 3)*
- Ficha *Información al ingreso (Anexo 3)*

## DESARROLLO DE LA SESIÓN

### 1. Presentación

- La matrona saludará al grupo y presentará los objetivos de la sesión.

### 2. La contracción

- Visualización del video *La contracción*, donde aparecen videos de mujeres teniendo contracciones y chillando (algunos gritos son de verdad y otros de mentira para dar humor a la situación). Tras la visualización del video la matrona propondrá un debate a las gestantes en que se dará respuesta a las siguientes preguntas:
  - ¿Cómo te imaginas que serán las contracciones?
  - ¿Qué sentimientos esperas que se den?
  - ¿Qué te hará decidir ir al hospital?
- La matrona realizará una exposición mediante la presentación *Las contracciones (Anexo 5)* en la que se define la contracción, cuando se produce, cuánto dura, cuánto duele y como poder reconocer una contracción.
- Se realizará un ejercicio para simular una contracción. Se pretende fingir una contracción uterina llevando a cabo una contracción de los músculos de las piernas para poder aplicar los recursos asimilados en sesiones previas, vivir el espacio de recuperación entre contracciones y poner en práctica pensamientos positivos. Se pedirá a las gestantes que se pongan de pie detrás de una silla, que se agachen flexionando las rodillas y que mantengan esta posición durante unos 45 segundos. La contracción de los cuádriceps suele ser desagradable. Al acabar los 45 segundos, se formularán diversas preguntas:
  - ¿Del 1 al 10 cuánto ha molestado la contracción?
  - En el momento de contracción ¿estabas nerviosa deseando que pasara o relajada intentando respirar?
  - En el momento de no contracción ¿tenías pensamientos negativos o positivos?
- Se pedirá a las gestantes que confeccionen entre todas una lista de 15 ideas y pensamientos positivos para utilizarlos en los momentos de no contracción. A continuación, se repetirá el ejercicio pero indicando que, en este caso, realicen la respiración pertinente y tengan en mente

los pensamientos positivos. Tendrán que evaluar si éste segundo período de contracción ha sido mejor o peor.

### 3. Signos de alarma para acudir al hospital

- Dinámica de grupo: Lluvia de ideas. La matrona pedirá a las gestantes que entre todas elaboren una lista de lo que ellas consideran motivos de urgencia para acudir al hospital cuando están embarazadas.
- La matrona expondrá al grupo los signos de alarma de una gestante por los que debe acudir al hospital de manera urgente mediante la presentación *¿Cuándo acudir al hospital? (Anexo 5)*.
- Dinámica de grupo: Mesa redonda. Las participantes debatirán sobre el ingreso al hospital una vez se haya iniciado el parto y podrán hablar sobre distintos temas. La preparación de las cosas que tienen que llevar, como organizaran las cosas de casa, que visitas esperan tener, cuánto tiempo creen que estarán en el hospital ingresadas...

### 4. Conclusión y despedida

- La matrona complementará la *Ficha de asistencia (Anexo 7)* y la *ficha de evaluación de resultados (Anexo 8)*
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso (Anexo 9)* de la actividad para que realicen todos los participantes.
- Se citará a los participantes para la siguiente sesión recordando los contenidos de ésta.
- La matrona entregará a las gestantes una ficha informativa de *Información al ingreso (Anexo 3)* para que la tengan en casa y estén preparadas para el momento.

## 4ª SESIÓN - ¿ME VA A DOLER?

Esta actividad persigue que las mujeres/parejas conozcan el motivo del dolor en el parto y analicen diferentes estrategias que pueden utilizar durante este para aliviar el dolor sin utilizar fármacos y conseguir una mejor vivencia de este momento.

### OBJETIVO

Demostrar a las gestantes la existencia de técnicas no farmacológicas de alivio de dolor en el parto.

### MATERIAL

- Ficha de preguntas *El dolor en el parto (Anexo 4)*
- PowerPoint *El dolor en el parto (Anexo 4)*
- PowerPoint *Métodos no farmacológicos de alivio del dolor (Anexo 4)*
- Ficha *Experiencias reales de mujeres en torno al dolor (Anexo 4)*

## DESARROLLO

### 1. Presentación

- La matrona presentará al grupo los contenidos de la sesión

### 2. El dolor del parto

- Se realizarán 4 grupos y se entregará la ficha *El dolor en el parto (Anexo 4)* en la que tendrán que debatir sobre las preguntas que aparecen eligiendo la respuesta correcta y posteriormente se pondrán en común las respuestas elegidas y los motivos.
- La matrona hará una presentación sobre *El dolor en el parto (Anexo 4)* en la que se expondrán los motivos y las fases que causan dolor durante el proceso de parto.
- Dinámica de grupo: Debate. Se elegirán al azar 2 gestantes y 2 acompañantes que tendrán que participar en un debate en el que tendrán que defender la analgesia vs los métodos no farmacológicos de alivio del dolor, defendiendo 2 de ellos cada tema. Los demás participantes podrán comentar el debate.
- La matrona presentará al grupo mediante una exposición los *Métodos no farmacológicos de alivio del dolor (Anexo 4)*.
- Se entregará la ficha *Experiencias reales de mujeres en torno al dolor (Anexo 4)* en la que se narran experiencias personales de mujeres en sus vivencias de parto. 2 voluntarios leerán en voz alta las experiencias. Tras la lectura del caso se comentará entre el grupo las opiniones y sensaciones.
- Dinámica de grupo: Role-play. Por parejas, representarán una situación de parto en la que la pareja deberá utilizar un método de alivio del dolor no farmacológico con el que consiguen calmar el dolor. Se trabajarán técnicas como el masaje, la distracción, el acompañamiento, la termoterapia, la hidroterapia ...

### 3. Conclusión y despedida

- La matrona complementará la *Ficha de asistencia (Anexo 7)* y la *ficha de evaluación de resultados (Anexo 8)*
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso (Anexo 9)* de la actividad para que realicen todos los participantes.
- Se citará a los participantes para la siguiente sesión recordando los contenidos y características de esta, especialmente que deben venir en chándal.



## 5ª SESIÓN - DESTREZAS Y HABILIDADES EN EL PARTO

Esta sección incluye un conjunto de actividades y recomendaciones que tienen como objetivo entrenar a las gestantes psíquica y físicamente con la finalidad de mejorar la relajación y la confianza, reducir el estrés, la ansiedad y el dolor.

### OBJETIVO

Mejorar las habilidades psicofísicas de las gestantes como entrenamiento al parto.

### MATERIAL

- Ordenador con reproductor de música relajante
- Colchonetas
- Sillas
- Pelota grande 'Swiss ball'
- Ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)*

### DESARROLLO

#### 1. Presentación

- La matrona se presentará al grupo y les pedirá que se repartan por la sala por parejas, con una colchoneta por pareja y mirando al espejo dónde se encontrará la matrona. Se pondrá música relajante para el desarrollo de la sesión. Se repartirá a todas las parejas de participantes la ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)*.

#### 2. Los pujos

- La matrona preguntará al grupo sobre los pujos, que saben sobre ellos y como creen que se realizan.
- Siguiendo la ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)* la matrona explicará los dos tipos de pujos y los practicarán pareja por pareja, con la supervisión de la matrona y la observación del resto del grupo. La técnica de los pujos se debe realizar con supervisión.

#### 3. El masaje

- La matrona pedirá a las personas participantes que adopten una posición confortable y con la espalda relajada. La espalda de quién reciba el masaje quedará delante de quien lo realice. Es importante que las dos personas estén cómodas. Se pondrá música relajante.
- Se seguirá la ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)* y la matrona explicará uno a uno los 4 tipos de masaje corporal para que las parejas lo practiquen (pases magnéticos sedantes, presión en la zona lumbar, masajes digitales en la zona cervical y masajes con pelotas).

- Al acabar, se intercambiarán los roles de las parejas para que reciba el masaje la persona que lo ha realizado. En cualquier caso, es importante que la persona receptora vaya puntualizando cómo le va mejor, qué zona se le debe presionar y la intensidad que desea. Al acabar,
- Para finalizar, se pondrán en común las sensaciones percibidas, tales como la relajación, el bienestar, la calma u otras impresiones vividas.
- La matrona introducirá al grupo la técnica del masaje perineal para saber si son o no conocedores de ésta técnica. Siguiendo la ficha de *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)*, la matrona explicará la técnica de realización para que las gestantes resuelvan dudas y puedan practicarlo en casa.

#### **4. Ejercicios para favorecer la movilidad de la pelvis**

- Dejando a un lado las colchonetas, los participantes se repartirán por la sala preparándose para realizar ejercicios físicos que podrán ser de ayuda como preparación al parto. Se realizaran tres bloques de ejercicios: Ejercicios sentadas en una silla, ejercicios de pie y ejercicios con pelota grande o “Swiss ball”. La matrona seguirá la ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)* y coordinará los ejercicios.
- Al completar la actividad, la matrona aconsejará que realicen en casa los ejercicios para favorecer la movilidad de la pelvis.

#### **5. Respiraciones que ayudan en el trabajo de parto**

- Siguiendo la ficha *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)* la matrona explicará y los participantes practicarán los 3 tipos de respiraciones recomendadas durante el parto: La respiración abdominal o del bajo vientre de espiración prolongada, la respiración torácica de espiración prolongada y la respiración superficial o de “emergencia”. Mientras la matrona controlará si los participantes realizan los ejercicios de respiración de manera correcta.

#### **5. Relajación: El entrenamiento sofrológico**

- Como parte final del entrenamiento sofrológico, la matrona preguntará a los participantes si conocen el entrenamiento sofrológico. Siguiendo la ficha de *Destrezas y habilidades para el parto (Anexo 5)* la matrona explicará en qué consiste y se realizará una sesión grupal que dirigirá la matrona. Se recomendará practicar esta técnica en casa como herramienta de relajación.

## 6. Conclusión y despedida

- La matrona complementará la *Ficha de asistencia (Anexo 7)* y la *ficha de evaluación de resultados (Anexo 8)*
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso (Anexo 9)* de la actividad para que realicen todos los participantes.
- Se citará a los participantes para la siguiente sesión recordando los contenidos de ésta.

## 6ª SESIÓN – PREPARADOS PARA LA NUEVA ETAPA

El *Plan de nacimiento* es una herramienta que debe permitir a la mujer y a su pareja comunicar a los profesionales y las profesionales cuáles son sus expectativas y cómo quieren vivir el nacimiento de su hijo o hija. Los profesionales deben proporcionarles la información adecuada para que puedan aclarar sus dudas y deben asesorarles en todo aquello que sea necesario para reducir sus temores.

El *Plan de nacimiento* debe elaborarse durante el embarazo y debe ser revisado en el primer contacto de la mujer y su pareja con los profesionales del hospital. Si no se ha realizado durante el embarazo, deberá proyectarse cuando tenga lugar la primera visita al hospital.

### OBJETIVO

Habilitar a las gestantes y sus acompañantes para que sean capaces elaborar un plan de parto de manera autónoma y personal

### MATERIALES

- PowerPoint: *El plan de parto (Anexo 6)*
- Ficha: *El plan de parto (Anexo 6)*

### DESARROLLO

#### 1. Presentación

- La matrona presentará la última sesión del programa y el desarrollo de ésta.

#### 2. El plan de parto

- La matrona explicará que es el plan de nacimiento y sus puntos básicos mediante la presentación *El plan de parto (Anexo 6)*.
- Dinámica de grupo: Mesa redonda acerca de los ítems del plan de parto. Todo el grupo colabora en un debate abierto.

- La matrona entregará a cada pareja la ficha *El Plan de parto (Anexo 6)* para que los participantes lo rellenen libremente pudiendo consultar las dudas al a matrona.

### **3. Ruegos y preguntas**

- En esta última sesión se deja un espacio de tiempo abierto en el que los participantes puedan comentar temas relacionados con la preparación al parto que no hayan podido satisfacer durante el programa, aclaración de dudas y preguntas, consultas generales, etc.

### **4. Conclusión y despedida al programa**

- La matrona complementará la *Ficha de asistencia (Anexo 7)* y la *ficha de evaluación de resultados (Anexo 8)*
- La matrona entregará a los participantes el *cuestionario de evaluación de estructura y proceso (Anexo 9)* de la actividad para que realicen todos los participantes.
- La matrona entregará el *Cuestionario final de conceptos (Anexo 10)* para que realicen todos los participantes a modo de examen y como punto importante para la evaluación del programa, se pedirá a los participantes su máxima colaboración.
- Realización de una merienda propuesta con anterioridad en la que cada pareja, bajo su voluntad, traerá alguna cosa para merendar.

La matrona se despedirá del grupo y ofrecerá su disponibilidad para la realización de consultas privadas relacionadas con la educación maternal siempre que sea posible.

## 8. EVALUACIÓN

La evaluación es una etapa fundamental en los programas de EpS puesto que define el grado de éxito o fracaso de éste. Mediante la evaluación podremos medir la idoneidad, la efectividad y la eficiencia, cosa que conllevará a una valoración de su continuidad, una mejora de los procedimientos, una modificación de las estrategias y una asignación de recursos más equitativa.

La evaluación de éste proyecto se realiza en 2 niveles: Por un lado la evaluación de proceso y estructura, y por otro la evaluación de resultados.

### 8.1 Evaluación de proceso y estructura

El **proceso** del proyecto se evalúa mediante la medición de las actividades desarrolladas en el programa, incluyendo aspectos técnicos y organizativos. El objetivo es cuantificar el número de asistentes a las sesiones, sus principales características (edad, semanas de gestación) si acuden o no acompañadas, si consideran que la educación grupal es beneficiosa y evaluar su satisfacción general.

Por otro lado, la **estructura** se evalúa mediante la medición de la cantidad y calidad de los recursos materiales del programa. El objetivo es valorar si el contenido de las sesiones ha sido adecuado, las instalaciones y los materiales que se han utilizado así como el horario en que se ha llevado a cabo la intervención

Estos ítems serán evaluados mediante:

- Un **listado o ficha de asistencia** (Anexo 7) que cumplimentará la matrona tras cada sesión y en el que el primer día hará constar las características de las participantes, sus edades y semanas de gestación y cada día se anotará si acuden a las sesiones solas, en compañía o no acuden, cosa que nos permitirá tener datos importantes para valorar el perfil de los participantes y su grado de participación.
- Un **cuestionario de satisfacción** (Anexo 9) que se entregará a las gestantes tras cada sesión para que contesten solas o en pareja (si acuden en compañía), en el que se preguntará acerca de los contenidos, horarios, instalaciones, material utilizado, relación con grupo y grado de satisfacción. Además, se dejará un espacio en el que los participantes puedan añadir ideas, o manifestar opiniones para colaborar en la mejora.

Mediante la complementación de estas fichas y cuestionarios, podremos evaluar de forma numérica el proceso y la estructura del programa mediante una serie de indicadores que se muestran a continuación en la siguiente tabla.

**Tabla 10: Indicadores para la evaluación de proceso y estructura**

|  |  |
|--|--|
| <b>Valoración de la educación grupal</b> | Nº de participantes de colaboran con el grupo / nº total de participantes                    |
| <b>Valoración del contenido</b>          | Nº de participantes que consideran el contenido adecuado / nº total de participantes         |
| <b>Valoración del horario</b>            | Nº de participantes que consideran el horario adecuado / nº total de participantes           |
| <b>Valoración de las instalaciones</b>   | Nº de participantes que consideran las instalaciones adecuadas / nº total de participantes   |
| <b>Valoración del material</b>           | Nº de participantes que consideran el material adecuado / nº total de participantes          |
| <b>Satisfacción general</b>              | Nº de participantes satisfechos con la asistencia a las sesiones / nº total de participantes |
| <b>Acompañamiento a las sesiones</b>     | Nº de participantes que acuden acompañadas a las sesiones                                    |
| <b>Perfil de los participantes</b>       | Nº de participantes, edades, semanas de gestación...   |

## 8.2 Evaluación de resultados

Los resultados se evalúan mediante la medición de objetivos. Esta etapa consiste en determinar si los objetivos intermedios y específicos se han cumplido. Para ello se valoraran los conocimientos, habilidades y actitudes de las púerperas que acuden a las sesiones grupales.

Esta evaluación se realizará mediante:

- La complementación de la **Ficha de evaluación de resultados** (Anexo 8) que rellenará la matrona durante la ejecución de cada sesión en la que se tiene en cuenta los ítems trabajados en cada sesión en función a los objetivos y a las actividades realizadas y que la matrona valorará de forma grupal y colectiva en función de si se alcanzan o no.
- La realización de un **Cuestionario final de conceptos** (Anexo 10) que los participantes complementaran el último día en la 6ª sesión, a modo de examen, para evaluar la retención de los conceptos principales del programa.

Del mismo modo que en el apartado anterior, mediante una serie de indicadores y la información proporcionada por los cuestionares y las fichas de evaluación, podremos obtener un valor numérico para evaluar los resultados del programa.

A continuación, se muestra una tabla con los indicadores que podemos recoger en la *ficha de evaluación de resultados*, como parte de la evaluación parcial de los objetivos específicos de cada sesión. Si estos cumplen, aumentamos las posibilidades de cumplir los objetivos intermedios

**Tabla 11: Indicadores para la evaluación de resultados**

| Sesión | SÍNTESIS DEL OBJETIVO  | INDICADORES   |
|--------|--|---|
| 1ª     | <b>El parto natural, las fases, actuaciones y complicaciones</b>     | Nº de participantes que entienden el concepto de parto natural / nº total de participantes  |
|        |  | Nº de participantes que explican las técnicas y pruebas que tienen lugar en las diferentes fases de parto / nº total de participantes |
|        |  | Nº de participantes que reflexionan sobre la posibilidad que aparezcan situaciones adversas / nº total de participantes               |
| 2ª     | <b>Sentimientos y emociones del parto. El acompañamiento</b>         | Nº de participantes que se expresan en grupo / nº total de participantes  |
|        |  | Nº de gestantes que incluyen a su pareja en el parto / nº total de gestantes participantes  |
|        |  | Nº de gestantes que prioriza sentimientos positivos / nº total de participantes   |
| 3ª     | <b>La contracción y los signos de alarma para acudir al hospital</b> | Nº de participantes que realizan correctamente el ejercicio de simulación de la contracción / nº total de participantes               |
|        |  | Nº de participantes que reconocen los signos de alarma para acudir a urgencias / nº total de participantes                            |
| 4ª     | <b>Métodos no farmacológicos de alivio del dolor</b>                 | Nº de participantes que entiende las ventajas del parto no medicalizado / nº total de participantes                                   |
|        |  | Nº de participantes que conoce y entiende los métodos de alivio del dolor no farmacológicos / nº total de participantes.              |
| 5ª     | <b>Entrenamiento psicofísico</b>                                     | Nº de participantes que realizan correctamente las respiraciones de parto / nº total de participantes                                 |
|        |  | Nº de participantes que realizan correctamente la técnica del masaje / nº total de participantes                                      |
|        |  | Nº de participantes que realizan correctamente la técnica del entrenamiento sofrológico de relajación / nº total de participantes     |
|        |  | Nº de participantes que conocen las técnicas de los pujos / nº total de participantes   |
|        |  | Nº de participantes que realizan correctamente los ejercicios de movimiento de la pelvis / nº total de participantes                  |
| 6ª     | <b>Elaboración del plan de parto</b>                                 | Nº de participantes que entienden los conceptos de los que consta el plan de parto / nº total de participantes                        |
|        |  | Nº de participantes que elabora un plan de parto / nº total de participantes  |

Con uno de estos indicadores, podemos evaluar también uno de los objetivos intermedios del programa.

- **Objetivo:** Reforzar en el 90% de las gestantes asistentes al programa la toma de decisiones personales durante su proceso de parto.
- **Indicador:** Nº de participantes que elabora un plan de parto / nº total de participantes

Por otro lado, con el ***Cuestionario final de conceptos, habilidades y actitudes*** se pretende realizar una evaluación final en cuanto a la adquisición de los contenidos básicos del programa, con el fin de resolver otro objetivo intermedio que resulta imprescindible en este proyecto.

- **Objetivo:** Educar al 90% de las gestantes asistentes al programa en valores, conocimientos teóricos y habilidades prácticas necesarias para una buena vivencia del parto natural.
- **Indicador:** Nº de participantes que aciertan 8 o más preguntas del cuestionario final / nº total de participantes.

El resto de objetivos intermedios también son evaluables, pero no mediante un cuestionario sino mediante la aplicación de fórmulas estadísticas. Estos son los siguientes

- **Objetivo:** Aumentar en un 40% la tasa de participación en los programas de educación maternal.
- **Indicador:** La tasa de participación al programa de educación maternal 'Mi primer parto, un parto natural' es un 40% superior en relación a las tasas de participación de años anteriores.
- **Objetivo:** Reducir en un 30% el porcentaje de mujeres que eligen como primera opción la anestesia epidural.
- **Indicador:** Las tasas de elección de la anestesia epidural como primera opción es un 30% inferior en relación a las tasas de años anteriores.
- **Objetivo:** Reducir en un 30% los ingresos prematuros a las urgencias obstétricas.
- **Indicador:** Las tasas de asistencia de las embarazadas a las urgencias hospitalarias por falsos signos de alarma son un 30% inferior a las de los años anteriores.

El cumplimiento de todos los objetivos intermedios repercute directamente en el cumplimiento del objetivo general. Con un registro estadístico de los partos producidos a partir de Diciembre de 2016 y hasta Febrero de 2017, se podrá evaluar si se cumple el objetivo general del programa y se aumenta en un 20% la tasa de partos naturales en Lleida.



## 9. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Teniendo en cuenta los aspectos bioéticos del fomento del parto con asistencia natural, este programa está basado en los principios de beneficencia y no maleficencia, justicia y autonomía. El cumplimiento de todos y cada uno de estos 4 principios, garantiza la realización de un trato humanizado en las instituciones sanitarias, que comporte la realización de unos cuidados basados en los valores éticos, tal y como marca el *Código Deontológico de Enfermeras* que deben ser los cuidados de enfermería (43,44).

- **Principio de beneficencia:** La adhesión a este programa supone beneficios para la participante ya que se pretende ampliar sus conocimientos, reducir su estrés y su ansiedad, ejercitar su relajación, crear un entorno favorable al parto, compartir miedos e inquietudes y enseñar estrategias para reducir su dolor. Este conjunto de actividades suponen un bien para los usuarios y no llevan ningún riesgo asociado.
- **Principio de no maleficencia:** Esta intervención trata de evitar causar daños ya sean físicos o psicológicos tanto a la mujer como a su acompañante cuando se acerque el momento de su primer parto, no se realiza con ningún riesgo ni mal intencionado. Los conocimientos y prácticas expuestas son totalmente saludables y beneficiosas para la futura partera.
- **Principio de justicia:** Al tratarse de una intervención gratuita se considera que este programa respeta el principio de justicia ya que proporciona igualdad a la población en cuanto al acceso al recurso, evitando discriminaciones. No obstante, el programa requiere unos criterios de inclusión y exclusión puesto que sus contenidos y prácticas no pueden estar adaptadas a toda la población.
- **Principio de autonomía:** El hecho de realizar un programa de EM en el que se proporcionan unos conocimientos y recursos favorables para una correcta preparación al parto, fomenta el principio de autonomía de los participantes, haciéndoles responsables de él buen uso de esta información, que en muchas ocasiones estará decidida por el mismo grupo de manera colectiva. Además, el programa es voluntario y los participantes se inscribirán de manera autónoma.

Este proyecto está también basado en las normas de Buena Práctica Clínica (BPC), normas internacionales de calidad ética y científica que se aplican al al diseño, realización, registro y comunicación de los ensayos clínicos en los que participen seres humanos. El cumplimiento de estas normas proporciona una garantía pública de la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos del ensayo de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki, así como también garantiza la credibilidad de los datos del ensayo clínico. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en el proyecto (45).

Algunas de las tareas que se deben realizar para asegurar que el programa cumple con los requisitos éticos y legales son:

- Pedir autorización al Comité Ético de Investigación Clínica con la finalidad que permita la distribución de los cuestionarios iniciales a las gestantes y parteras recientes.
- Solicitar un consentimiento informado a los participantes de la intervención en que se explique detalladamente el contenido y procedimientos del programa, horarios y materiales y que podrá ser revocado en cualquier momento (*Anexo 11*).
- Garantizar la protección de datos personales de los participantes según la LOPD - Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 evitando la publicación de nombres en cuestionarios de preparación o de evaluación.

## 10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El nacimiento de un hijo es un acontecimiento crucial en la vida de una mujer, por lo que es importante que hagamos todo lo posible para que sea una experiencia grata e inolvidable, y llena de momentos positivos. En este sentido, resulta fácil resaltar la importancia de la EpS en la EM puesto que es la herramienta de la que disponemos para conseguir que las mujeres que están esperando un hijo emprendan el camino con ilusión, motivación y uno de los aspectos más importantes, la preparación.

La preparación al parto ha existido desde los tiempos más antiguos y ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Como se ha expuesto en este trabajo, en algún momento de la historia esta evolución ha resultado negativa puesto que se ha abusado del avance la ciencia, promoviendo partos con un abuso de la medicalización y el intervencionismo. Ciertamente es que en ocasiones, un paso atrás significa tres hacia adelante, y en este aspecto, las nuevas tendencias en la preparación al parto están sugiriendo una vuelta a los partos naturales, los partos sin analgesia e incluso a los partos en el domicilio, y la realidad es que se están demostrando grandes beneficios relacionados con un acortamiento de las fases del parto, una mejor recuperación y lo que es más importante, una mejor vivencia del momento.

Higuero Macías, Crespillo García y otros autores colaboradores (46) resaltan en su estudio muchos de los aspectos en los que se basa este proyecto y que ponen en manifiesto la utilidad de la creación de más programas de educación maternal enfocados al parto natural. Los temas que se abordan en este estudio son varios pero a modo de discusión me gustaría resaltar principalmente la falta de información que se demanda en este trabajo puesto que una gran mayoría de las gestantes entrevistadas manifestaron no ser ni estar informadas sobre determinadas pruebas o procedimientos, prácticas o actuaciones realizadas por los profesionales. Otro aspecto a resaltar, es que también un elevado número de madres manifestaron no haber estado informadas sobre el plan de parto ni sobre las prestaciones que ofrece el hospital en cuanto a instalaciones, recursos de alivio no farmacológico del dolor, musicoterapia, aromaterapia... motivo por el cual la mayoría no realizaron un plan de parto y un gran número de las que lo realizaron, lo hicieron por haberlo visto en internet u otros medios.

Cada vez son más las mujeres que demandan una atención al parto de forma natural, donde puedan tomar decisiones y expresar sus necesidades y preferencias. No obstante, existe un gran número de mujeres que todavía desconocen esta modalidad y que estarían interesadas en esta, por lo que resulta interesante concluir con la idea que hay que potenciar la transmisión de estos conocimientos a las mujeres con la finalidad de garantizar un aumento en las tasas de partos naturales en los hospitales materno infantiles que lo ofrezcan.

La EpS y la EM tienen una ventaja fundamental en este ámbito puesto que pueden contar con la receptividad de las madres a recibir intervenciones educativas. Por otro lado, la gestación y el parto son periodos de gran ambivalencia emocional, por lo que tampoco debe de resultar fácil dirigir un grupo de estas características sin estar preparado para conseguir que las participantes se sientan cómodas, apoyadas y acompañadas. En este aspecto es fundamental el papel de la matrona como agente de salud para la mujer, ya que es la persona de referencia que ha estudiado y ha sido preparada para ello, capacitada para transmitir una información homogénea y basada en la evidencia científica, sin entrar en la discusión del gran intrusismo profesional que existe en este sector y que puede suponer un peligro en la salud materno infantil.

Como conclusión al proyecto, me gustaría resaltar, la importancia del éxito de esta intervención, ya que además de los beneficios que conllevaría el aumento de los partos naturales que ya se han comentado, se aumentaría la participación a los programas de educación maternal lo que supondría además de ampliar la educación y los conocimientos de la población, una disminución en la saturación de los servicios de urgencias por causas obstétricas y también una ampliación de oportunidades laborales a las matronas de nuestro país ya que aumentaría el número de partos para los que están preparadas a asistir y se precisaría un gran número de matronas como personal de referencia para la realización de la EM.

Otros de los muchos aspectos positivos que considero que se pueden derivar tras la realización de la intervención, y es que al tratarse de una intervención grupal fomentaremos la confianza y la autoestima de las gestantes participantes, reduciremos el sentimiento de soledad y potenciaremos el aprendizaje de nuevas conductas, ofreciendo al grupo la oportunidad de compartir vivencias, satisfacciones y dudas, de sentirse parte de un colectivo con los mismos intereses, deseos y necesidades, de analizar sus propias actitudes y contrastarlas con las de otras personas que se encuentran en su misma situación y de conseguir una visión más amplia y sensibilizada de determinados aspectos relacionados con el parto. Todas estas grandes ventajas que surgen de manera fácil cuando el grupo funciona bien y es bien conducido por la matrona. Además, en cuanto a la adecuación de recursos, la educación grupal permite economizar tiempo y personal.

Resulta imprescindible comentar en esta conclusión la existencia de algunas limitaciones que han dificultado la elaboración y el diseño del proyecto, como sería la falta de estudios, investigaciones y evidencia científica. Algunas de las líneas de investigación que he echado en falta y que se proponen para el desarrollo de este campo estarían enfocadas a los beneficios del parto natural, las técnicas y procedimientos indicados y contraindicados en este y las terapias complementarias de alivio del dolor de parto, ya que en comparación con otros países del mundo, se trata de un campo poco evolucionado y con muchas preguntas que resolver.

Existen también otras posibles limitaciones o errores que podrían aparecer tras la puesta en marcha del proyecto. Entre estos me gustaría destacar la posibilidad de que aparezcan errores en la evaluación a causa de una mala cumplimentación de las fichas y los cuestionarios o la no cumplimentación. Por otro lado, el incumplimiento del número máximo de 20 participantes por grupo por falta de personal o recursos, hecho que perjudicaría al correcto desarrollo de la intervención. Además, si los objetivos resultan y se aumenta la tasa de partos naturales habría que invertir en personal e infraestructuras para la correcta realización de estos.

Uno de los errores que considero que he cometido en la realización de este proyecto es que se ha diseñado en un plazo de tiempo muy justo y la evaluación final del proyecto no podrá ser medible con la aplicación de la intervención en un solo grupo de la intervención, puesto que con un grupo de 10 personas resultará difícil notar un aumento en las tasas de parto natural, por este motivo considero necesario invertir en estos proyectos ya que seguramente con más tiempo, los resultados si sean notables.

Por último, resaltar que puesto que el ámbito de la EM es muy amplio y abarca muchos temas, este proyecto está centrado solamente en la educación y la preparación al parto, no obstante, debería plantearse junto con un programa de educación a la gestante y otro de educación al puerperio para que el conjunto de la EM sea satisfactorio y se pueda mejorar la situación actual, abarcando la totalidad de temas que constituyen una maternidad saludable.

Con la realización de éste trabajo he conseguido ampliar enormemente mis conocimientos en relación al parto natural y su desarrollo, ya que era un tema que habíamos trabajado poco en la asignatura de Enfermería para la Mujer y me había quedado con ganas de ampliar en este tema. Además, con este trabajo he hecho un gran descubrimiento en cuanto a la EpS, ya que en un principio era un tema que no me entusiasmaba, pero con el paso de los días me ha resultado muy interesante enfocándola al campo por el que tenía interés como es la EM, y he descubierto la gran importancia de ésta en la Enfermería Obstetro-Ginecológica.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. (Generalitat de Catalunya -Departament de Salut). Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona; 2009. p. 160–212.
2. Plasència i Taradach A, Anton S. (Generalitat de Catalunya -Departament de Salut). Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona; 2007. p. 5–19.
3. FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España). Iniciativa Parto Normal: Guía para madres y padres. Pamplona; 2011. p. 11–31.
4. Amparan Ruiz M, Martín Seco Y, Otero García A. (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales- Gobierno de Cantabria). Programa de preparación para la maternidad y paternidad. 2010. p. 18–23.
5. Servicio de Salud Madrileño. Para una maternidad saludable: Nueve meses para compartir. Madrid; 2012. p. 27–31.
6. Idiago Fernandez M. Impacto de los programas de educación maternal: Análisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstétricas. Reduca. 2009;1(2):383–99.
7. Martínez JM, Rodríguez MD. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Prof Matronas. 2015(4):137–41.
8. Dick Read G. Educación para el parto sin dolor. Buenos Aires: Central; 1959.
9. Pavlov I. Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex. London; 1927.
10. Lamaze F. Qué es el parto sin dolor por el método psicoprofiláctico: sus principios, su realización, sus resultados. Madrid: Aguilar; 1967.
11. Aguirre de Cárcer A. Preparación al parto. Madrid: Morata; 1985.
12. Martínez Galiano J. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Universidad de Granada; 2012.
13. Castan S, Tobajas JJ. Obstetricia para matronas. Guía práctica. Editorial Médica Panamericana; Madrid, 2013.
14. Ministerio de Sanidad S públicos e igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2006. p. 1–13.
15. Paulí Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. Matronas Prof. 2005;6(1):23–9.
16. Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. 1996;7–46.
17. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto , la maternidad /

paternidad o ambos. Revisión Cochrane traducida. Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus; 2007.

18. Molina Fernandez I, Muñoz Selles E. El plan de parto a debate . ¿ Qué sabemos de él ? Prof Matronas. 2010;11(2):53–7.
19. Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Bilbao; 2010.
20. Ramirez Pelaez H, Rodríguez Gallego I. Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo , el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial: Revisión bibliográfica. 2014;15(4):1–6.
21. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. Prof Matronas. 2006;7(1):27–33.
22. Ibañez Díaz MB. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que les atienden sobre el acompañamiento en el parto. Prof Matronas. 2004;15(16):1–7.
23. Santisteban Gómez M, Pérez Guerrero MC, López Rodríguez Y LVB. Estrategia de intervención para la preparación psicofísica de la embarazada. Dialnet. 2012;17(169).
24. Santiago Vasco M BPC. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. Prof Matronas. 2015;16(3):90–5.
25. Gupta KJ, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus; 2006.
26. Mendelson C. The aspiration of the stomach contents into the lungs during obstetrics anesthesia. Obs Ginecol. 1946;52(191).
27. Somavilla Pérez MJ, Paz Pascual MG. ¿Nada por boca durante el parto? ROL Enf. 2000;23(11):809–12.
28. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E, Viñerta Serrano E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. Prof Matronas. 2007;8(3):5–11.
29. Mallén Pérez L, Juvé Udina ME, Roé Jutiniano A, Domènech Farrarons A. Dolor de parto : análisis del concepto. Prof Matronas. 2015;16(2):61–7.
30. Pérez L. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Prof. 2006; 7(1): 14-22.
31. Beneit JV, Gol R, Garriga N, Salgado I, Ferrer A. Aplicación de termoterapia en el periné para reducir el dolor perineal durante el parto : ensayo clínico aleatorizado. Prof Matronas. 2014;15(4):122–9.
32. Riera MP. Inmersión en agua durante el parto: revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2015;16(3):108–13.

33. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto (Revisión Cochrane Traducida). Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus; 2005.
34. Hodnett ED, Gates S, Hoofmeyr GJ. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus; 2005.
35. Muñoz Selles E, Goberna Tricas J. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. Prof Matronas. 2012;13(2):50–4.
36. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C.. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). Oxford: La Biblioteca Cochrane Plus; 2005.
37. Martínez MA, Mayor M, García L. Pujo tardío respecto al pujo inmediato en mujeres nulíparas con analgesia epidural. Matronas Prof. 2006; 7(3): 12-16.
38. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Informe sobre la analgesia regional en el parto. Disponible en: <http://demo1.sedar.es/index.php?option=content&task=view&id=2&Itemid=5>
39. Henández A, Melero MR, Sanabria G, Casasús MJ, García F. Analgesia epidural en el parto : elección de las gestantes y algunas repercusiones de su aplicación. Matronas Profesión 2003; vol. 4(11): 30-36)
40. Junta de Andalucía consejería de salud. Embarazo, Parto y Puerperio Recomendaciones para Madres y Padresio. Sevilla; 2006.
41. Comunidad de Madrid consejería de sanidad. Para una maternidad saludable. Madrid; 2012.
42. Botella Cañamares, N. Cabalero Fbeiro I. Porgrama de promoción de salud materno-infantil. 1998. 25-52 p.
43. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código deontológico para la profesión de enfermería. Ginebra; 2012.
44. Martínez Trujillo N. La ética y la investigación en enfermería. Rev Cub Enferm. 2010;26(1):18–29.
45. Ministerio de Sanidad y consumo. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Normas de buena práctica clínica. 2002.
46. Higuero Macías JC, Crespillo García E. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. Matronas Prof. 2013;14(3-4):84–91.

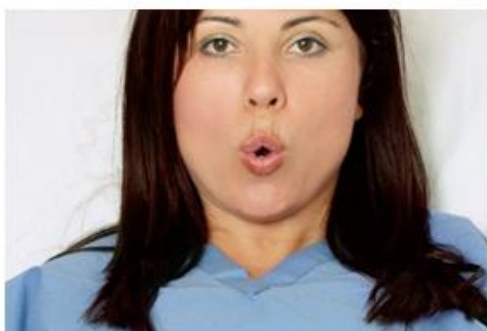


# ANEXOS

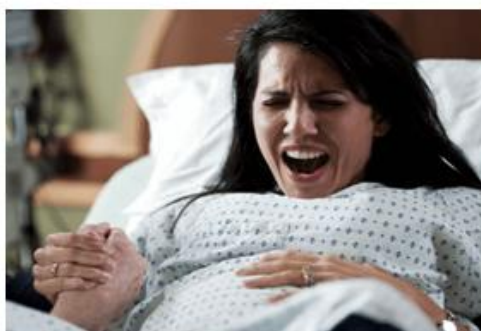
## ANEXO 1

### MATERIALES PARA LA 1ª SESIÓN

*Ficha: Imágenes relacionadas con los procesos de parto*



**Respiraciones – Fase de  
dilatación**



**Pujos – Fase de expulsivo**



**Episiotomía – Fase de  
alumbramiento**



**Onfalorexis – Fase de  
expulsivo**

## EL PROCESO DE PARTO



### FASES DE PARTO

DILATACIÓN

EXPULSIVO

ALUMBRAMIENTO



Fase latente o pasiva de la primera etapa del parto



Fase activa de la primera etapa del parto

## EL PARTO NATURAL

El parto natural es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso.

*parto = partus = dar a luz*

### DILATACIÓN



Período en el que el cuello uterino se va abriendo paulatinamente. Se debe alcanzar una dilatación de 10 cm. Se trata de un proceso largo, que en una nulípara puede durar hasta 15 horas y en una multipara hasta 10 horas. Durante este periodo existen contracciones rítmicas, intensas y que no ceden en reposo.

Se distinguen dos fases:

- Fase latente, que comprende desde los 0 cm hasta los 2 cm (fase lenta).
- Fase activa, que comprende desde los 2 cm hasta los 10 cm (fase rápida)



Respiraciones



Relajación



Andar, moverse



Tactos vaginales

### EXPULSIVO



Bajada del feto por el canal de parto y la salida al exterior. Puede durar hasta dos horas. Una vez aplicada la analgesia peridural, esta fase puede ser más extensa. Las contracciones son rítmicas y aparece la sensación de pujo. La cabeza del feto presiona el recto cuando aparece una contracción.



Adoptar diferentes posturas



Pujos



Contacto precoz RN



¿Ayuno?

### ALUMBRAMIENTO



Expulsión de la placenta. Puede tardar de 10 a 60 minutos en ser expulsada. Es esta fase el útero se contrae después de salir el feto y ello provoca que la placenta se desprenda.



Revisión placenta



Sutura episiotomía o desgarros

## SITUACIONES A AFRONTAR TRAS EL PARTO



Sufrimiento fetal



Parto prematuro



Malformaciones o problemas de salud del feto

### Sospecha de pérdida de bienestar fetal

Provocado por la falta de oxígeno producido por anudamientos en el cordón umbilical.

Se sospecha por:

- Alteraciones patológicas del latido fetal.
- Coloración verdosa de las aguas

#### ¿QUE HACER?

- Colocarse estirada sobre el lado izquierdo, de modo que así no exista compresión de ninguna de las arterias y venas.
- Respirar correctamente, realizando inspiraciones completas (para oxigenar al máximo), reteniendo el aire un instante (para dejar que el aire pase de los pulmones a la sangre) y, después, expulsando el aire lentamente (es relajante, los pulmones se vaciarán correctamente y el nuevo aire se inspirará mejor).

Ante signos de sospecha de pérdida del bienestar fetal se puede realizar un pH de calota fetal (cuero cabelludo) para detectar el nivel de oxigenación.

### Parto prematuro espontáneo

Contracciones uterinas rítmicas antes de las 36 SG.

- Hay que acudir al hospital para tomar las medidas oportunas y frenar el parto.
- Si no se puede detener el parto, el nacimiento deberá tener lugar en un centro del nivel adecuado.

*Frecuentemente, las madres con niños prematuros sienten angustia provocada por la hospitalización de su hijo o hija y culpa, responsabilizándose de lo que le sucede al niño/a.*

### Problemas del feto o malformaciones

Hoy en día se efectúan muchas revisiones a lo largo del embarazo. Se puede tener la sensación de que todo estará bien, pero no existen pruebas que garanticen la salud del neonato al cien por cien.

- Algunos tipos de malformaciones congénitas se pueden prevenir desde el embarazo tomando ácido fólico y recibiendo suficiente yodo en la dieta
- La mayoría de los bebés que nacen con malformaciones congénitas nacen con dos padres sanos sin problemas evidentes de salud ni factores de riesgo



### Ficha: El cuento de los juicios y los prejuicios

Había una vez un pequeño pueblo donde vivía un hombre viejo y muy pobre que tenía un hijo. Todos los habitantes de la aldea envidiaban al hombre porque tenía un caballo blanco precioso. Un día, el rey le ofreció cantidades fabulosas de dinero por su caballo, pero el hombre le dijo:

*-Para mí, este caballo es como una persona, es como un amigo... ¿Cómo se puede vender a una persona o a un amigo?*

Aunque era pobre, el hombre no vendió nunca su caballo. Una mañana descubrió que había desaparecido del establo. Todo el pueblo se reunió y le dijeron:

*-¡Viejo estúpido! Ya sabíamos que algún día te robarían el caballo... habría sido mejor que lo hubieras vendido. ¡Qué desgracia!*

Y el hombre respondió:

*-No vayáis tan lejos. Sencillamente, lo único que ha sucedido es que el caballo no está en el establo. Éste es el único hecho cierto... todo lo que añadís no son más que vuestros juicios personales. Si es una suerte o una desgracia, yo no lo sé... porque esto sólo es un fragmento de la verdad. ¿Quién sabe qué puede pasar mañana?*

La gente se rió. Por todos era conocido que el hombre estaba un poco chiflado. Pero, pasados quince días... ¡el caballo volvió! No lo habían robado, sino que se había escapado. Regresó acompañado de una docena de caballos salvajes. Los lugareños volvieron a congregarse y le comentaron:

*-Tenías razón... no fue una desgracia que no hubieras vendido el caballo, sino... ¡una verdadera suerte!*

Y el viejo contestó:

*-Nuevamente estáis yendo demasiado lejos porque... ¿quién sabe si es una suerte o no que el caballo haya vuelto? Sólo os fijáis en una fracción de los acontecimientos. Estáis leyendo solamente las palabras de una frase... entonces, ¿cómo podéis juzgar el libro entero?*

Esta vez, los hombres y mujeres del pueblo no dijeron nada pero aun así, se mantenían firmes creyendo que el viejo estaba equivocado. El viejo tenía un único hijo que comenzó a ocuparse y a entrenar a todos los caballos que habían aparecido con el caballo blanco. Una semana más tarde, cayó de lo alto de uno de ellos y se rompió las dos piernas. La villa entera coincidió en juzgar este hecho. Le dijeron al viejo:

*-Es una contrariedad esto que te ha pasado. Tu único hijo ha perdido el uso de las dos piernas y él era el único que te podía apoyar. Ahora serás más pobre que nunca.*

El viejo insistía en sus respuestas:

*-Estáis obsesionados en juzgar las cosas que me suceden. No vayáis más allá del suceso. Sólo decid que mi hijo se ha roto las piernas. Nadie sabe si es una calamidad o una fortuna.*

El tiempo transcurrió y, pocos días después, el país entró en guerra. Todos los jóvenes del pueblo se vieron obligados a marchar al frente y sólo se libró el hijo del viejo porque estaba mutilado. Los habitantes sabían que no volverían a ver a sus hijos y lloraban desesperados.

Se dirigieron al viejo y le lloraban:

*-Tenías razón, fuiste afortunado con la caída de tu hijo. Aunque se encuentre impedido... ¡tu hijo está contigo!, ¡los nuestros se han ido para siempre!*

A lo que el viejo contestó:

*-Todavía seguís juzgando... ¿afortunado? Nadie lo sabe. Limitaos a decir que han obligado a vuestros hijos a ir al ejército y que al mío no. No juzguéis porque os obsesionaréis con las porciones y los fragmentos de las historias y de la vida. Cada vez que se enjuicia, se deja de crecer. La mente siempre quiere juzgar. El viaje nunca se acaba, siempre hay un camino que acaba y otro que comienza, se cierra una puerta y se abre otra. Se llega a una cima, pero siempre hay una más alta.*

La gente del pueblo cesó en su empeño. Nunca más opinó sobre las desgracias o sobre la suerte. No volvieron a hacer juicios... deseaban crecer.

Fuente: Cuento adaptado de *“Until you die”* pp 36-40 OSHO, extraído de: Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. (Generalitat de Catalunya -Departament de Salut). Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona; 2009. p. 160–212.

## ANEXO 2

### MATERIAL PARA LA 2ª SESIÓN

#### Ficha: Sentimientos reales de mujeres durante el parto

##### **Aceptar las reacciones del cuerpo**

Juana, de 25 años, recuerda su único parto. En el momento en que nació su hijo, gritó. Se sintió mal porque no sabía cómo reaccionarían las personas que la rodeaban. Su comportamiento provocó que se sintiera muy avergonzada.

María, de 29 años, es madre por segunda vez. Recuerda que en el momento en que nació su hija, al empujar, chilló. La matrona le dijo que eso era normal y que se debía al esfuerzo. Cuando sintió a su niña encima, vivió un instante tan emotivo y especial y se sintió tan feliz, que se olvidó del grito.

##### **Recursos para afrontar el dolor**

Mercedes, de 31 años, espera su segundo hijo. Recuerda que cuando tuvo a su primer hijo, en un principio deseaba un parto natural. Al final, estaba agotada y las contracciones le provocaban bastante dolor, por lo que optó por la epidural. Ahora, con el segundo hijo, ni siquiera se ha planteado la posibilidad del parto natural. Se decidió desde el primer momento por la epidural, ya que considera que no vale la pena sufrir.

Luisa, de 27 años, espera su primera hija. Desea un parto natural y está valorando a qué hospital se dirigirá, puesto que le han comentado que algunos disponen de bañera y que este método es efectivo para aliviar el dolor. Se ha informado sobre los recursos naturales. Asiste a las clases de educación maternal, cada día sale a caminar una hora, hace natación y practica con su pareja todo aquello que va aprendiendo en las sesiones. A veces duda sobre si el día del parto recordará todo lo que le han explicado.

##### **La participación en el parto**

Jorge tiene 37 años y Montse tiene 35 años. Esperan su segundo hijo. Jorge trabaja muchas horas y no puede asistir a las clases. Por su parte, Montse a menudo se encuentra bastante cansada ya que tiene que cuidar a su primer hijo, Javier, de tres años y por las noches, prácticamente no tiene tiempo para charlar con su pareja. Jorge preferiría no estar en la sala de partos acompañándola, pues no le gustan los hospitales. No obstante, Montse insiste en que la acompañe.

Toni tiene 30 y Carmen tiene 28 años. Están esperando su primera hija. Están muy ilusionados. Toni ha podido asistir a algunas clases de preparto. Salen a caminar juntos y acostumbran a charlar sobre lo que les preocupa. Cuando ella tiene alguna molestia, él intenta hacerle un



masaje para aliviarle el dolor. Toni, aunque no sabe cómo se sentirá, pretende estar presente en el parto y, si es posible, cortar el cordón umbilical.

### **Sensaciones**

Elena es una chica de 32 años ha tenido a su hija. Su primogénito nació prematuro, necesitó oxígeno y tuvo que permanecer un tiempo en la incubadora. Su segunda hija nació a término. En este caso, considera que el mejor momento del parto ha sido el instante en qué le pusieron a su hija encima.

Sara tiene 34 años. Tendrá pronto a su segunda hija. Con su primer hijo, vivió un parto largo y agotador, de modo que, cuando le colocaron a su niño encima, estaba tan exhausta que reaccionó rechazándolo. Ello la hizo sentir culpable y ahora, en su segundo embarazo, recuerda aquella sensación negativa.

Fuente: Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. (Generalitat de Catalunya - Departament de Salut). Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona; 2009. p. 160–212.

## ANEXO 3

### MATERIAL PARA LA 3ª SESIÓN

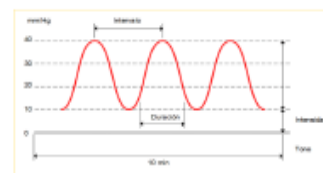
#### Presentación PowerPoint: Las contracciones

#### LAS CONTRACCIONES



La mayoría de mujeres acuden generalmente al hospital cuando se inician las **contracciones uterinas**, pudiéndose encontrar todavía en una fase temprana del parto.

*La **contracción uterina** es una contracción de ese saco muscular que es el útero, acompañada de una fase de relajación. Es percibida como un endurecimiento del abdomen.*



#### RITMOS DE CONTRACCIÓN

Las contracciones rítmicas indican la fase de dilatación del parto y en la fase activa se distinguen tres periodos:

- **Periodo acelerativo:** de 2 a 4 cm. Contracciones cada 5-10 minutos.
- **Periodo de velocidad máxima:** de 4 a 9 cm. Entre 3 y 4 contracciones cada 10 minutos.
- **Periodo de desaceleración:** de 9 cm a dilatación completa

#### ¿ Como reconocer una contracción?

1. El útero, como cualquier otro músculo, se endurece cuando se contrae. Por lo tanto, las paredes uterinas se tensarán y no se podrán detectar las partes fetales ni percibir los movimientos fetales con claridad.
2. Si tuviéramos que definir el camino que recorre la intensidad de una contracción, la representaríamos con el dibujo de una montaña. Inicialmente, las fibras uterinas se contraen de forma suave, aumenta progresivamente la intensidad hasta llegar a su máximo y, entonces, decrece paulatinamente, desapareciendo poco a poco la sensación de contracción.
3. La duración de la contracción varía según la fase del parto. Al principio puede prolongarse hasta unos 30 segundos y, al final, como máximo, hasta unos 60 segundos.
4. La sensación de dolor durante la contracción cambia bastante en función de la persona y de la fase del parto. La sensación se podría comparar con un dolor menstrual y, a veces, con un dolor lumbar.

### ¿Cuándo acudir al hospital?



### ¡SIGNOS DE ALARMA!

- Contracciones uterinas rítmicas (1cada 5 minutos en período de una hora y que no ceden con el reposo). Si las contracciones son antes de las 36 SG hay que acudir con urgencia por amenaza de parto prematuro.
- Ruptura de la bolsa de las aguas. Se debe observar la hora de la ruptura y las características de las aguas. Su color normal es transparente. Si las aguas son verdosas, acudir un urgencia al centro hospitalario, puede significar sufrimiento fetal.
- Metrorragia: Pérdida de sangre por vía vaginal en cantidad considerable. Puede revelar un desprendimiento de placenta y hay que acudir al hospital con urgencia.

### ¿ Cuando reconocen el parto en curso?

TACTO  
VAGINAL



OBJETIVO

Determinar si la dilatación es igual o mayor a 3cm, la dinámica uterina es regular y existe borramiento cervical mayor al 50%, motivos por los que la gestante quedará ingresada.

**Ficha: Información para el ingreso a la sala de partos para un parto natural**

- Podrá ir acompañada de su pareja i/o otra persona de confianza durante todo el trabajo de parto.
- En todo momento se respetaran las posturas escogidas y se le ayudará para que consiga el máximo grado de confort, seguridad y tranquilidad.
- Debido a que el proceso de parto puede durar diversas horas, debería ingerir líquidos y alimentos en el proceso de parto (no lácticos), con motivo de tener una buena hidratación.
- Se promoverá su participación en el proceso de parto y su toma de decisiones, ofreciendo medidas de confort (baños, duchas, masajes, pautas analgésicas...)
- Debe estar correctamente informada de los diferentes métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y su disponibilidad (utilización de agua caliente, libertad de movimientos, técnicas de relajación, masaje, estimulación eléctrica transcutánea de los nervios, etc.)
- El equipo le dará soporte psicológico durante todo el proceso.
- Deberá estar de acuerdo en que el equipo obstétrico realice las exploraciones necesarias para controlar la evolución y la seguridad del proceso de parto.
- No se administraran enemas de limpieza sin que usted lo desee.
- En caso de necesidad, en algunas circunstancias será necesario administrar algún medicamento (oxitócico o ergótico) ó profilaxis antibióticas (ruptura prematura de membranas, *Streptococcus agalactiae*...) pero siempre será previamente informada de la conveniencia de su aplicación.
- No se practicará la episiotomía de forma sistemática, sino solamente en casos en los que esté estrictamente indicado.
- No se rasurará el periné si no es necesario practicar una sutura i en este caso, será limitado al periné.
- En cualquier momento, si se presenta alguna desviación de la normalidad, la matrona y el obstetra podrán aplicar el tratamiento que consideren adecuado, una vez este debidamente informada.

FUENTE: Plasència i Taradach A, Anton S. (Generalitat de Catalunya -Departament de Salut). Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona; 2007. p. 5–19.

## ANEXO 4

### MATERIALES PARA LA 4ª SESIÓN

#### *Presentación PowerPoint: El dolor en el parto*

#### EL DOLOR EN EL PARTO



El dolor es una experiencia humana universal que se experimenta física, emocional y cognitivamente, y es lo que frecuentemente motiva la petición de cuidados de salud.

Existen muchos estímulos dolorosos durante el proceso de parto que producirán dolor físico. Estos estímulos serán causados por los procesos fisiológicos del propio cuerpo durante el proceso de parto y serán diferentes en función de la etapa del parto en que la mujer se encuentre.

#### Causas del dolor en cada fase de parto

| DILATACIÓN   | EXPULSIVO   | ALUMBRAMIENTO   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Contracciones uterinas</li><li>• Acortamiento del cuello uterino</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Factores anteriores</li><li>• Estiramiento de la vagina</li><li>• Estiramiento suelo pélvico</li><li>• Presión sobre el perineo</li><li>• Aumento del cansancio</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Expulsión de la placenta</li><li>• Sutura de desgarros o episiotomía</li><li>• Cansancio y fatiga intensa</li></ul> |

#### FACTORES DETERMINANTES A LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR

- El dolor será aumentado en mujeres nulíparas, ya que las mujeres que han tenido partos anteriores suelen tener una dilatación cervical y una distensión del canal blando más rápida y más fácil que cuando el proceso se produce por vez primera.
- El dolor de parto se incrementa también con la edad, por una debilidad en el estiramiento de las fibras musculares.
- La cultura y la etnia, la educación y las habilidades de la mujer son variables significativas para la percepción del dolor.
- Influirá la capacidad y habilidad de cada mujer para manejar el dolor, el grado de serenidad con que se afronte el parto, el recuerdo de experiencias positivas o negativas en partos anteriores o de conocidos

**1. ¿Qué puedo hacer durante el parto y durante las contracciones en casa?**

- a) Estar quieta en la cama o sentada.
- b) Estar de pie, cogida de la pareja, buscando el balanceo de la pelvis.

*El movimiento y el ejercicio ayuda a relajar el dolor causado por la contracción debido a la potenciación de las fibras musculares.*

**2. ¿Qué puedo pensar en el periodo que se extiende entre contracción y contracción?**

- a) Una contracción más, ahora vendrá otra, esto no se acaba...
- b) Una contracción menos, mi hijo/a está más cerca, ya queda menos...

*Explorar pensamientos positivos es una técnica de distracción que evita comenzar a “sufrir” anticipando el dolor de la siguiente contracción.*

**3. ¿Qué puedo hacer en el periodo entre contracciones de la fase inicial? (1 contracción cada 10 minutos)**

- a) Distraerse, hacer vida normal, tomar un baño...
- b) Avisar a toda la familia, que todo el mundo esté pendiente de lo que pasa, dirigirse rápidamente al hospital...

*Estas tareas ayudan a disminuir el dolor en el proceso de parto, mientras que tener mucha gente alrededor en estado de espera y de alerta genera tensión y estrés*

**4. ¿Qué puedo hacer durante la contracción?**

- a) Respiración lenta, adoptar la postura apropiada, fijar la mirada, intentar relajarse...
- b) Gritar para aliviar el dolor, coger la mano fuertemente a la pareja, tensar todo el cuerpo...

*La respiración, los cambios de postura y la concentración son elementos que ayudan a disminuir el dolor. La tensión y la contracción muscular harán que el proceso del parto sea más agotador.*

**5. ¿Qué puede hacer la pareja durante la contracción?**

- a) Colaborar con la mujer masajeándole la zona lumbar, recordarle las respiraciones que debe efectuar, controlar el tiempo...
- b) Ocuparse de llamar por teléfono, enviar mensajes, distraerse con la televisión...

*El masaje lumbar ayuda a calmar la sensación dolorosa de la contracción y hace que la pareja o acompañante asuma un rol activo en el proceso del parto.*

Fuente: Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. (Generalitat de Catalunya - Departament de Salut). Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona; 2009. p. 160–212

## MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR



El dolor es una experiencia humana universal que se experimenta física, emocional y cognitivamente, y es lo que frecuentemente motiva la petición de cuidados de salud.

Existen muchos estímulos dolorosos durante el proceso de parto que producirán dolor físico. Estos estímulos serán causados por los procesos fisiológicos del propio cuerpo durante el proceso de parto y serán diferentes en función de la etapa del parto en que la mujer se encuentre.

## MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

### MEDIDAS FÍSICAS

- Masaje
- Termoterapia
- Hidroterapia
- Ejercicios de preparación

### MEDIDAS PSÍQUICAS

- Distracción
- Relajación
- Apoyo

### TERAPIAS COMPLEMENTARIAS ALTERNATIVAS

- Hipnoterapia
- Inyecciones agua estéril
- TENS
- Acupuntura

### El masaje



Aplicación de presión intensa, con el puño de la mano, durante la contracción en la zona lumbar de la gestante con el objetivo de frenar el dolor.

Ayuda a las mujeres a relajarse, transmitir interés, comprensión y procurar consuelo.

### Termoterapia



Aplicando calor superficial se consigue una hiperemia por vasodilatación, que favorece la llegada de nutrientes a la zona tratada, aumenta la oxigenación de los tejidos y reduce la isquemia, que es una de las causas del dolor. También produce una acción sedante, ya que influye en los impulsos nerviosos.

Durante la dilatación, se puede aplicar calor local en la zona lumbar y durante el expulsivo en la zona del periné, ingles, nalgas...

### Hidroterapia



También conocida por inmersión en el agua, es útil para reducir el dolor ya que aumenta la movilidad y la satisfacción del trabajo de parto y reduce el uso de analgesia epidural de forma muy significativa.

Está demostrado que la flotabilidad favorece la comodidad de la mujer ayudándola a adoptar diferentes posturas verticales. Se recomienda una inmersión en agua caliente, a una temperatura que no supere los 37°C y que no supere las dos horas.

Las condiciones óptimas para la inmersión se dan cuando la dilatación del cuello uterino es de 3 cm, no se recomienda una inmersión temprana.



### Ejercicio físico



En entrenamiento físico preparatorio durante el embarazo produce en el momento del parto un alivio de la ansiedad, mejora del tono muscular, prevención de la fatiga, agilitación del proceso, disminución de las molestias y en consecuencia mejora de la sensación de dolor.

Estos ejercicios que deben practicarse entre 15 y 30 minutos diarios y sin elevar la frecuencia cardíaca sobre 140 pulsaciones por minuto ayudan también a mejorar la movilidad la movilidad en el embarazo y aumentar el nivel de energía.

Los ejercicios a realizar son de calentamiento y flexibilidad, ejercicios de fortalecimiento, ejercicios circulatorios y respiratorios, entrenamiento cardiovascular, capacidades coordinativas y ejercicios de relajación.

### Distracción



Consiste en tratar que la partera centre su atención en estímulos diferentes a la sensación dolorosa.

Se aumentan otros impulsos sensoriales, especialmente auditivos, visuales y táctiles-cenestésicos (escuchar, mirar, tocar y moverse) de manera que la situación se hace más llevadera.

### Relajación



Consiste en una disminución de la tensión muscular y mental, proporcionando una sensación de tranquilidad y calma de la mente y de los músculos con la finalidad de reducir la ansiedad y la percepción del dolor.

Las técnicas de relajación enseñan a percibir la sensación dolorosa más objetivamente, liberándose del componente emocional que convierte el dolor en sufrimiento.

### Apoyo



Está demostrado que las mujeres que están acompañadas durante el parto tienen menor necesidad de analgésicos y están más satisfechas con la experiencia, hecho que potencia la importancia del papel de la matrona como acompañante de la mujer durante el parto, así como el imprescindible acompañamiento por personas que formen parte del entorno de la mujer.

### Hipnoterapia



Técnica que lleva a la partera a un estado alterado de conciencia que permite la analgesia hipnótica. Se trata de una técnica en estudio.

### Inyecciones de agua estéril



Método que consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intercutánea (0,1-0,3 ml) en la región lumbosacra, formando unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos hasta el mismo a través de los nervios espinales.

Puede aparecer picor tras la aplicación.

### Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea



Técnica analgésica utilizada en varias patologías que se basa en enviar desde la piel una estimulación nerviosa repetida para inhibir la transmisión de impulsos nociceptivos a nivel medular, es decir para inhibir la información dolorosa.

Este método permite el control por la propia mujer (ella puede controlar el generador y aumentar la intensidad), mantener la deambulación, no afecta al estado de conciencia y supone una opción para las que no desean medicación.

En general, las mujeres muestran satisfacción ante esta técnica.

### Acupuntura



Insertión de agujas finas en la piel de diferentes en puntos estratégicos situados sobre canales energéticos que recorren el cuerpo.

Esta técnica, actuaría de forma beneficiosa en el parto, bloqueando la transmisión de los estímulos dolorosos hacia la médula espinal o el cerebro y estimulando la producción de endorfinas que reducen el dolor.



**Ficha: Experiencias reales de mujeres en torno al dolor**

S.M. es una mujer de 32 años, gestante primípara, de 37 semanas de gestación, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal que irradia a lumbares de forma regular y cíclica. Refiere que el dolor se inició 4 horas antes, que al principio era bastante parecido al dolor menstrual y que progresivamente fue aumentando en intensidad y frecuencia. Durante su estancia en urgencias, la matrona monitoriza la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina, además de realizar una exploración vaginal para valorar el inicio del proceso de parto. Cuando la gestante tiene una contracción, aumenta su frecuencia cardíaca, presenta rubor y expresión facial de dolor, tensión muscular generalizada, y expresa dolor de forma verbal y no verbal: llora, chilla de forma episódica, y también sonríe de vez en cuando y afirma: «Bueno, valdrá la pena». Tras la exploración vaginal, la matrona informa a la gestante de que el proceso de parto se ha iniciado y se encuentra en la primera fase del parto (dilatación cervical de 4 cm); también le dice que, si lo desea, puede administrársele la analgesia peridural, o bien optar por ejercicios de relajación, uso de hidroterapia o inhalación de óxido nitroso. La gestante decide seguir el proceso sin analgesia farmacológica.

*En este caso se describen las características esenciales del dolor de parto y los signos con los que se manifiesta, así como las posibilidades de tratamiento existentes. La gestante de este caso está experimentando el dolor normal del proceso de parto para la fase en la que se encuentra (dolor abdominal-lumbosacro, rubor facial, taquicardia esporádica, tensión muscular). La decisión de que le administren analgesia peridural o de optar por técnicas de alivio de dolor alternativas corresponde a la mujer*

A.L. es una mujer de 45 años que prepara el nacimiento de su primer hijo por cesárea electiva, por encontrarse el feto en situación transversal. La gestante ingresa a las 8 de la mañana por urgencias, donde se le realizan los controles previos de la cesárea (confirmación del ayuno, control ecográfico de la posición fetal, confirmación de pruebas analíticas necesarias para la intervención). La paciente y su pareja se trasladan a la zona quirúrgica, donde se encuentran con el equipo profesional que le practicará la anestesia gracias a la cual no tendrá sensación de dolor durante la intervención. A.L. no ha notado ningún dolor ni antes ni durante la intervención, puesto que en ningún momento se ha iniciado el proceso de parto. El único dolor que percibirá será el del postoperatorio.

*En el caso de A.L., el dolor propiamente de parto no ha existido; aun así, ha pasado por un proceso de alumbramiento asistido quirúrgicamente: la cesárea. Para esta mujer, el dolor de parto se asociará al dolor experimentado tras la cesárea, y no al ocasionado por las contracciones, pues no las ha habido.*

M.N. es una mujer soltera de 42 años que está dando a luz a su primer hijo; ha decidido ponerse la analgesia peridural y ha conseguido aliviar el dolor fisiológico de forma completa a los 15 minutos. Al llegar a la fase de expulsivo, M.N. vuelve a presentar taquicardia, rubor y sudoración cada vez que se inicia el pujo. Cuando se le pregunta si siente dolor durante la contracción, dice que no, pero está totalmente bloqueada psicológicamente y no es capaz de colaborar con los profesionales que la están atendiendo. Lo que le sucede a M.N. es que está experimentando un proceso de ansiedad. Al hablar con ella, expresa su temor a esta nueva etapa, pues sabe que no tendrá el apoyo de una pareja y que deberá ser autónoma e independiente en el cuidado de su hijo.

*La ansiedad durante el parto es un factor importantísimo que afecta en gran medida a la percepción del dolor. Incluso con una analgesia efectiva, la gestante experimenta tal grado de ansiedad que es incapaz de controlar sus emociones. La respuesta fisiológica es muy parecida a la ocasionada por el dolor de parto, pero en este caso es causada por la ansiedad.*

D.J. ha decidido tener un parto natural. Durante las contracciones experimenta dolor, con taquicardia, rubor facial y sudoración, pero es totalmente capaz de controlarlo mediante técnicas de relajación, visualización y respiración. D.J. dice que pensaba que iba a ser muchísimo peor; las personas con las que había hablado del parto le habían dicho que era un dolor insoportable, y en cambio ella cree que puede sobrellevarse con concentración. El dolor no es continuo y puede controlarse; además, saber que cada contracción es un paso más para poder ver a su hijo le produce alegría y placer, por lo que la vivencia del parto está siendo muy gratificante.

*El dolor es experimentado por cada mujer de forma distinta, según todos los aspectos ya mencionados. Este caso fronterizo muestra cómo, dependiendo de las experiencias y la preparación que haya tenido la gestante, la vivencia del dolor puede ser totalmente diferente a la del caso ejemplar.*

Fuente: Mallén Pérez L, Juvé Uchina ME, Roé Jutiniano A, Domènech Farrarons A. Dolor de parto : análisis del concepto. Prof Matronas. 2015;16(2):61–7.

## ANEXO 5

### **MATERIAL PARA LA 5ª SESIÓN**

#### ***Ficha: Destrezas y habilidades para el parto***

#### **Los pujos**

En el periodo expulsivo, la participación activa de la mujer con los pujos facilita el descenso del feto por el canal del parto. Por este motivo, resulta importante practicar esta técnica antes del parto para facilitar el trabajo en esta fase.

*Posición inicial:* en decúbito supino, semi-incorporada, espalda apoyada sobre un cojín en forma de cuña, piernas semiflexionadas

*Nota:* Este ejercicio debe realizarse con supervisión puesto que puede comportar un incremento del riesgo potencial de amenaza de parto prematuro o de romper la bolsa de las aguas.



#### **Pujos con espiración (más fisiológico)**

- Relajar la zona del perineo, apoyándola bien sobre la colchoneta, evitando contraer el perineo y los glúteos.
- Realizar una inspiración profunda hinchando el abdomen, hacer una espiración prolongada, expulsando el aire por la boca o emitiendo un sonido, dirigiendo la fuerza hacia el pubis. Recomendamos que este sonido se dirija hacia el cuello y no hacia el paladar (ejemplo: un gemido, un grito...). Mantener constante la prensa abdominal, independientemente de la fase respiratoria. La matrona controlará la dirección de la fuerza poniendo la mano en el bajo vientre de la mujer.
- *Nota:* Hacer presión progresiva sobre el perineo, evitar la maniobra de Valsalva.

#### **Pujos con inspiración bloqueada (forma clásica)**

- Relajar la zona del perineo, apoyándola bien sobre la colchoneta, evitar contraer el perineo y los glúteos.
- Realizar una inspiración profunda, bloquear la respiración y empujar dirigiendo la fuerza hacia el pubis, manteniendo la fuerza de la prensa abdominal a lo largo de toda la contracción. Si es preciso, se puede hacer un cambio de aire sin relajar la prensa abdominal. La matrona controlará la dirección de la fuerza poniendo la mano en el bajo vientre de la mujer.

## El masaje corporal

- **Pases magnéticos sedantes:** Se trata de rozar muy suavemente cabeza y la espalda de la embarazada con la punta de los dedos de las manos con movimientos largos. Se realizan al inicio y al final de la sesión de masaje y provocan un efecto sedante y analgésico. Durante la contracción, hay tendencia a tensar manos y brazos. En este supuesto, la pareja puede aplicar este tipo de masaje en los brazos de la gestante para evitar la tensión y, a la vez, ésta lo puede efectuar sobre su útero para mitigar las molestias, así como para relacionarse con su hijo o hija



- **Presión en la zona lumbar:** Se trata de llevar a cabo movimientos circulares con la mano cerrada, provocando una ligera presión sobre el rombo de Michaelis. A medida que avanza la intensidad de la contracción, se debe procurar que esta presión también aumente. En todo caso, es necesario que la mujer exprese sus preferencias a la persona que ejecuta el masaje diciendo si es necesario disminuir o incrementar la presión y en qué zona la prefiere.



- **Masajes digitales en la zona cervical:** Se trata de intentar, con la punta de los dedos apoyada sobre la piel y los dedos semiflexionados, que cada dedo dibuje un pequeño círculo. Los masajes en la zona del cuello y de los hombros promueven la relajación y, si bien este masaje no está indicado especialmente para el momento del parto, sí es aconsejable practicarlo porque en estas zonas suelen acumularse tensiones. Más adelante, en el periodo de posparto, también se recomiendan porque el cuidado del bebé supone una sobrecarga de estas áreas.



- **Masajes con pelotas:** Se realizan haciendo rodar dos pelotas de tenis o similares por la espalda. También se pueden efectuar con pelotas de diferentes consistencias o formas, ya que cada una produce diferentes sensaciones. En caso de utilizar un objeto rígido hay que evitar presionar directamente la columna vertebral.

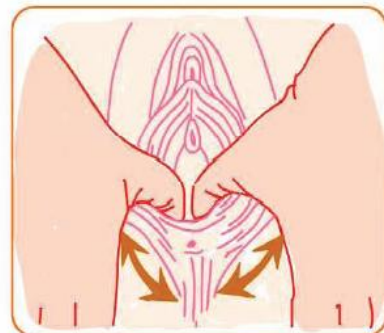
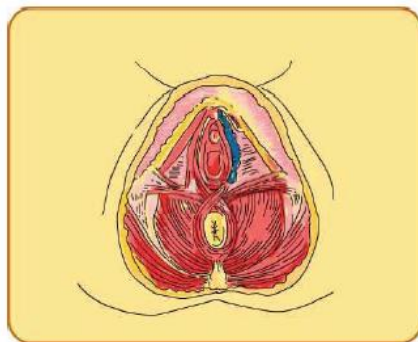


## El masaje perineal

El masaje perineal realizado durante el embarazo es una técnica útil para prevenir traumatismos perineales. Con la realización del masaje, se pretende estirar el perineo y dotarlo de más elasticidad. Se ha demostrado que el masaje perineal es eficaz si se comienza a practicar, como mínimo, 6 semanas antes de la fecha del parto. Además, se puede implicar a la pareja en su ejecución.

### Técnica

- Lavarse bien las manos. Las uñas deben estar limpias y cortadas.
- Buscar un lugar cómodo de la casa y utilizar un espejo para poder explorar el perineo.
- Posición semisentada.
- Se puede comenzar con un baño caliente de 10 minutos o aplicando compresas calientes en la zona perineal para relajarla.
- En el caso de automasaje, se llevará a cabo con el dedo pulgar y, si lo hace la pareja, con los dedos índice y corazón, introduciéndolos hasta la segunda falange.
- Lubricar los dedos, la vagina y el perineo con un lubricante acuoso.
- Colocar los dedos dentro de la vagina (unos 3 o 4 cm). Empujar el perineo hacia la zona del recto y hacia los lados de la vagina, estirar la zona hasta que se note escozor y mantener la presión sobre la zona del perineo con los dedos durante 2 minutos o hasta que moleste.
- Coger la zona perineal entre el dedo pulgar (en el exterior) y los dedos índice y corazón (en el interior) y realizar un movimiento de vaivén. Este movimiento estira los tejidos de la vagina, y los músculos y la piel del perineo. Realizar este masaje durante 3 o 4 minutos.
- Durante el masaje, no presionar sobre la uretra, para evitar posibles infecciones de orina.
- Coger la parte inferior de la vagina entre los dedos y estirla. Ésto ayudará a experimentar la sensación de presión de la cabeza del feto sobre la zona.
- *Nota: Conviene practicar este masaje una vez al día. Después de una semana, se deberían apreciar los resultados de este ejercicio sobre el perineo y la vagina, aumentando su flexibilidad y estiramiento.*



## Ejercicios de movilización de la pelvis

- **Movilidad lateral:** Sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Cargar todo el peso del cuerpo sobre el lado derecho y, después, sobre el otro lado, fijando la atención sobre los isquios. Respiración libre



- **Movilidad delante – atrás:** Sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Intentar avanzar el isquio del lado derecho y, después, el del lado izquierdo, fijando la atención en los isquios.



- **Movilidad de los isquiones:** Se sitúan las manos bajo los isquiones, se separan y se juntan las rodillas para observar su movilidad. Sentada en una silla, poner las manos bajo los isquios. Separar las rodillas y, después, unir las, para observar el movimiento de los isquios.



- **Movimiento de cadera y pelvis:** De pie, con los brazos sobre las crestas ilíacas. Subir y bajar la cadera derecha e izquierda alternativamente. Balancear la pelvis a derecha y a izquierda alternativamente. Describir círculos con la pelvis (movimiento de “hulahop”).



- **Andar con la pareja hacia delante realizando balanceo lateral:** De pie. Con los pies separados, con las manos en el bajo vientre; la pareja en la misma posición, colocada detrás de la mujer sujetándole la barriga. Andar hacia adelante, lentamente, con balanceo lateral. Respiración libre.



- **Sujetar a la pareja y realizar balanceos laterales de la pelvis:** La mujer de pie y con las piernas flexionadas se sujeta de su pareja, con los brazos sobre los hombros; la pareja de pie cara a cara con la embarazada la sujeta por la espalda. La mujer hace movimientos de balanceo lateral de la pelvis. Respiración libre.



- **Movimientos de retroversión, ante versión y lateralización de la pelvis:** Sentada sobre el balón, espalda correctamente alineada, brazos alineados al lado del cuerpo, piernas paralelas, ligeramente separadas y plantas de los pies apoyadas en el suelo. Hacer movimientos de retroversión y anteversión de la pelvis. Sincronizar la espiración con la retroversión y la inspiración con la anteversión. En el mismo ejercicio, realizar también oscilaciones laterales de pelvis.





- **Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con las piernas separadas:** Sentada sobre el balón, espalda correctamente alineada, brazos apoyados sobre los muslos o descansando sobre la pelota, piernas separadas y plantas de los pies apoyadas en el suelo. Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con estiramiento de los abductores. Respiración libre.



- **Realizar oscilaciones laterales de la pelvis con estiramientos de los abductores:**  
*Posiciones de descanso:* con estiramiento de los músculos abductores.



### Las respiraciones para el trabajo de parto

- **Respiración abdominal o del bajo vientre de espiración prolongada**  
Objetivo: prolongar la espiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.
  - Espiración activa y prolongada por la boca, contrayendo el bajo vientre.
  - Inspiración pasiva hinchando la barriga.
  - Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
  - Espiración activa y prolongada.
- **Respiración torácica de espiración prolongada**  
Objetivo: prolongar la espiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción.
  - Espiración activa y prolongada por la boca, bajando el pecho.
  - Inspiración pasiva hinchando el pecho.
  - Pausa postinspiratoria para favorecer el intercambio de gases y la relajación.
  - Espiración activa y prolongada.
- **Respiración superficial o “de emergencia”**  
Objetivo: asociar el ritmo respiratorio a las sensaciones de la contracción.
  - Al iniciar la contracción, el ritmo de la respiración es más lento y profundo.
  - A medida que aumenta la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio es más rápido y superficial.
  - Al ir disminuyendo la intensidad de la contracción, el ritmo respiratorio se vuelve más lento y profundo, acabando con una respiración profunda



## El entrenamiento sofrológico

La sofronización es una técnica que consiste en alcanzar un nivel de conciencia 'a ras de sueño' con una disminución del tono muscular y se puede realizar sentada en una silla o estirada en una colchoneta.

### Sofronización

- Ojos preferentemente cerrados.
- Relajación muscular secuencial, repasando mentalmente todas las zonas del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies.
- Se irá tomando conciencia de cada una de ellas (cabeza, frente, cara, cuello...) Al fijar la atención en una zona determinada del cuerpo, ésta se destensará fácilmente y se podrán percibir mejor las sensaciones que provoca la relajación muscular.
- Paulatinamente, la respiración se volverá más pausada y tranquila, ayudando así a conseguir un nivel de conciencia "a ras de sueño" (nivel sofroliminal).

### Desofronización

- Respirar profundamente varias veces.
- Aumentar el tono muscular progresivamente, moviendo los pies, las manos y la cara.
- Estirarse libremente, abrir los ojos, apreciar todo el entorno, distinguir el color de las cosas que nos rodean, identificar el lugar donde estamos ("el aquí y el ahora").

Entre la sofronización y la desofronización está en **nivel sofroliminal** (entre la vigilia y el sueño) en el que la gestante debe:

- Imaginar cómo el feto está creciendo y cuál es su entorno...Con esta técnica se favorece la vinculación madre-hijo/a antes del nacimiento.
- Imaginar el parto, las sensaciones que se vivirán, la utilización de los recursos aprendidos (respiraciones, masaje...). Con esta técnica se trata de trabajar la confianza en los recursos propios.
- Imaginar al recién nacido en buen estado de salud e imaginar cómo es cuidar de él y disfrutarlo puede disminuir la ansiedad y la angustia que provocan el parto y las dudas sobre el bienestar del bebé.

Fuente: Jané i Checa M, Prats i Coll R, Plasència i Taradach A. (Generalitat de Catalunya - Departament de Salut). Educación maternal: Preparación para el nacimiento. Barcelona; 2009. p. 160–212.

## ANEXO 6

### MATERIAL PARA LA 6ª SESIÓN

#### Presentación: El Plan de Parto

#### El PLAN de PARTO



#### ¿ Que es?

Documento que aparece en la primavera de 2007 cuando la FAME presentó en Cataluña el “*Protocol per a l'Assistència Natural al Part Normal*”, para dar respuesta a las demandas de parte de nuestra sociedad respecto a una atención más fisiológica al parto de bajo riesgo, enfatizando en que el parto natural es un proceso fisiológico que hay que respetar, en el que la mujer tiene derecho a estar informada para decidir y en el que la actitud del personal ha de ser respetuosa y limitada a observar, dar soporte, ofrecer recursos a la mujer y evaluar el proceso.

#### PREFERENCIAS SOBRE

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| La persona acompañante  | El espacio físico /decoración, luz, música).    | Los procedimientos a realizar (enema, rasurado, desambular, administración de fármacos). | El deseo de monitorización fetal (auscultación, monitor continuo o periódico). |
| Los métodos de alivio del dolor (relajación, respiración, masaje, anestesia, otros...). | El material de apoyo (pelotas, espejo, bañera). | Las técnicas a practicar (aminorexia, tipos de pujos, episiotomía).                      | La posibilidad de que la pareja corte el cordón umbilical                      |
|   | Las cuidados inmediatos al recién nacido        | La duración de la estancia en el hospital.   |  |

#### ¡ Desarrollemos un plan de parto !

### **Ficha: Documento de Plan de Parto**

El plan de parto se basa en una información objetiva y veraz que la matrona ofrece a la embarazada, por lo tanto, se realiza entre este personal y la gestante. La gestante puede reflexionar sobre el Plan y comentarlo posteriormente en la consulta para que se pueda redactar una versión definitiva.

El modelo tendrá que estar consensuado entre el equipo del programa y el hospital materno-infantil en el que se realice el parto, en este caso el Hospital Universitario Arnau de Vilanova, puesto que cada territorio adaptará este documento a sus características e infraestructuras.

#### **Datos administrativos**

Nombre y apellidos: .....

Edad: .....

Paridad: .....

Fecha probable de parto: ...../...../.....

Hospital de referencia: .....

#### **Preferencias relacionadas con el acompañante**

Durante todo el proceso del parto quisiera estar acompañada por:

.....  
.....  
.....

#### **Preferencias relacionadas con el espacio físico (Marcar con una X)**

|   |  |
|---|--|
| Sala de dilatación y sala de partos convencional        |  |
| Sala de dilatación y sala de partos en un único espacio |  |
| Decoración confortable (como el hogar)                  |  |
| Decoración convencional (como una área quirúrgica)      |  |
| Posibilidad de escuchar música                          |  |
| Posibilidad de graduar la luz                           |  |

### Preferencias relacionadas con los procedimientos

Me gustaría que me realizaran, (Marcar con una X):

|   |  |
|---|--|
| Enema   |  |
| Rasura de pubis   |  |
| Deambulación  |  |
| Ingestión de líquidos   |  |
| En caso que sea necesario administrar un fármaco, quiero que se me informe y consulte |  |

### Monitorización fetal

Siempre que sea posible preferiría (Marcar con una X):

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Monitorización continua  |  |
| Monitorización periódica |  |
| Solo auscultación        |  |

### Alivio del dolor

Me gustaría aliviar el dolor con los siguientes métodos alternativos (Marcar con una X):

|   |  |
|---|--|
| Relajación  |  |
| Técnicas de respiración                                   |  |
| Estimulación eléctrica transcutánea de los nervios (TENS) |  |
| Masaje  |  |
| Otras   |  |

En caso de marcar 'otras', especifique: .....

|  |  |
|--|--|
| Me gustaría probar el parto sin ningún tipo de anestesia                     |  |
| Me gustaría que me pusieran la epidural lo antes posible                     |  |
| Me gustaría que me pusieran anestesia local, solo en caso de sutura          |  |
| Me gustaría elegir sobre el tipo de alivio del dolor en el momento del parto |  |

Comentarios.....

.....

.....

### Cuestiones del periodo de dilatación

Me gustaría disponer de material de soporte como (Marcar con una X)

|         |  |             |  |
|---------|--|-------------|--|
| Pelotas |  | Colchonetas |  |
| Cuerdas |  | Cojines     |  |
| Hamacas |  | Bañera      |  |

|  |  |
|--|--|
| No quiero que se me rompa la bolsa de aguas si no es necesario |  |
|--|--|

### Preferencias en el periodo de expulsión

*Elegir las preferencias que se adapten a sus pensamientos (Marcar con una X)*

|   |  |
|---|--|
| Me gustaría empezar los pujos cuando yo quisiera                            |  |
| Me gustaría que me indiquen cuando tengo que empezar los pujos              |  |
| Me gustaría ponerme en la posición que me encuentra más cómoda en los pujos |  |
| Me gustaría que mi pareja me pudiera ayudar todo el rato                    |  |
| Me gustaría tener un espejo cuando saliera el bebé                          |  |
| Me gustaría que no se me hiciera episiotomía, salvo que fuera necesario     |  |
| Me gustaría que me pusieran el bebé sobre mi piel inmediatamente            |  |
| Me gustaría que mi pareja cortara el cordón umbilical                       |  |
| Me gustaría que el cordón umbilical se cortará una vez haya dejado de latir |  |
| Me gustaría que se valorará a mi bebé delante de mí                         |  |
| Me gustaría darle el pecho en la misma sala de partos                       |  |

### Preferencias tras el parto

*Marcar con una X:*

|  |  |
|--|--|
| Me gustaría que la estancia en el hospital fuera lo más corta posible              |  |
| No quiero que separen el recién nacido de mi salvo que sea estrictamente necesario |  |

### Preferencias sobre la lactancia

*Marcar con una X:*

|  |  |
|--|--|
| Me gustaría dar el pecho   |  |
| No quiero dar el pecho   |  |
| No quiero que le den ningún tipo de alimento al bebé sin consultarme |  |
| Quiero dar el pecho a demanda al bebé                                |  |

Fuente: Plasència i Taradach A, Anton S. (Generalitat de Catalunya -Departament de Salut).

Protocol per a l'assistència natural al part normal. Barcelona; 2007. p. 5–19.

## ANEXO 7

### Listado de asistencia a las sesiones

| GESTANTE |      |    | 1ª SESIÓN |          | 2ª SESIÓN |          | 3ª SESIÓN | 4ª SESIÓN |          | 5ª SESIÓN |          | 6ª SESIÓN |          |
|----------|------|----|-----------|----------|-----------|----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Nombre   | Edad | SG | Sola      | Compañía | Sola      | Compañía | Sola      | Sola      | Compañía | Sola      | Compañía | Sola      | Compañía |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |
|          |      |    |           |          |           |          |           |           |          |           |          |           |          |

\*Rellenar las características de la gestante (Nombre, edad y semanas de gestación) y marcar con una X tras cada sesión si acuden solas o en compañía.

## ANEXO 8

### Ficha de evaluación de resultados

*La matrona evaluará cada uno de los ítems de la sesión marcando el número de participantes que cumple los ítems de los objetivos marcados para cada sesión.*

Los ítems de los objetivos comprenden los conocimientos, habilidades y actitudes que engloban el objetivo de cada actividad.

#### 1ª SESIÓN

**Objetivo:** Permitir a las gestantes y sus acompañantes conocer en qué consiste el parto natural, las fases de este así como las complicaciones que pueden surgir durante el proceso.

| Conocimientos, habilidades y actitudes                                       | Evaluación |
|--|------------|
| Realizan activamente las dinámicas grupales de presentación y conocimiento   |            |
| Entienden el concepto de parto natural                                       |            |
| Explican al grupo técnicas y pruebas que se realizan en las diferentes fases |            |
| Reflexionan sobre la posibilidad de que aparezcan situaciones adversas       |            |
| Priorizan los sentimientos positivos en relación a las vivencias del parto   |            |

#### 2ª SESIÓN

**Objetivo:** Promover la reflexión grupal acerca de la magnitud de los sentimientos derivados durante el proceso y la importancia de vivirlo en compañía.

| Conocimientos, habilidades y actitudes                                | Evaluación |
|---|------------|
| Manifiestan sentimientos, miedos, emociones relacionados con el parto |            |
| Incluyen a la pareja como apoyo en el proceso de parto                |            |
| Conocen el medio hospitalario donde tendrá lugar el parto             |            |
| Encaran el parto con una visión sana y positiva                       |            |

#### 3ª SESIÓN

**Objetivo:** Capacitar a las gestantes en el reconocimiento de la contracción y los signos de alarma para acudir al hospital.

| Conocimientos, habilidades y actitudes                                      | Evaluación |
|---|------------|
| Realizan correctamente el ejercicio de simulación de la contracción         |            |
| Diferencian la frecuencia de las contracciones en cada etapa del parto      |            |
| Estimulan la visualización de sentimientos positivos durante la contracción |            |
| Reconocen los signos de alarma para acudir a las urgencias hospitalarias    |            |

#### 4ª SESIÓN

**Objetivo:** Demostrar a las gestantes la existencia de técnicas no farmacológicas de alivio de dolor en el parto.

| Conocimientos, habilidades y actitudes                               | Evaluación |
|--|------------|
| Entienden las ventajas de un parto natural no medicalizado           |            |
| Comprenden los beneficios de los métodos no farmacológicos de alivio |            |

#### 5ª SESIÓN

**Objetivo:** Mejorar las habilidades psicofísicas de las gestantes como entrenamiento al parto.

| Conocimientos, habilidades y actitudes                                | Evaluación |
|---|------------|
| Realizan correctamente los diferentes tipos de respiraciones de parto |            |
| Realizan correctamente la técnica de masaje                           |            |
| Realizan correctamente el entrenamiento sofrológico de relajación     |            |
| Conocen las técnicas de los pujos                                     |            |
| Realizan correctamente los ejercicios de movimiento de pelvis         |            |

#### 6ª SESIÓN

**Objetivo:** Habilitar a las gestantes y sus acompañantes para que sean capaces elaborar un plan de parto de manera autónoma y personal.

| Conocimientos, habilidades y actitudes  | Evaluación |
|---|------------|
| Entienden los conceptos de los que consta el plan de parto                      |            |
| Elaboran un plan de parto   |            |
| Manifiestan dudas y puntualizaciones a los temas trabajados durante el programa |            |



## ANEXO 9

### Cuestionario de evaluación de estructura y proceso

Fecha:

*Marque con una X la opción que convenga*

Sesión nº

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

¿Considera atractivo el tema tratado en la sesión?

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

¿Considera que el tema se ha tratado adecuadamente?

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

¿Considera que ha sido adecuado el horario de la sesión?

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

¿Considera adecuadas las instalaciones en que ha tenido lugar la sesión? (espacio, temperatura...)

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

¿Considera que han sido útiles los materiales utilizados durante la sesión? (fichas, folletos, presentaciones, videos...)

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

¿Añadiría algún tema que no se ha tratado?

|    |    |              |
|----|----|--------------|
| No | Sí | Por ejemplo: |
|----|----|--------------|

¿Se ha sentido cómoda/o realizando las actividades?

|    |    |           |
|----|----|-----------|
| Sí | No | ¿Por qué? |
|----|----|-----------|

¿Se siente satisfecho con su asistencia a la sesión?

|      |      |          |       |
|------|------|----------|-------|
| Nada | Poco | Bastante | Mucho |
|------|------|----------|-------|

Aspectos a comentar:

---

---

---

---

## ANEXO 10

### Cuestionario final de conceptos

Responda al siguiente cuestionario para conocer de qué manera se han asimilado los conceptos teóricos propuestos en el programa.

Debe marcar 1 respuesta correcta en cada pregunta.

**1. El parto natural es:**

- a. El que se realiza mediante una intervención quirúrgica en la que se extrae al recién nacido por una incisión en el abdomen.
- b. El que se realiza por vía vaginal mediante el uso de palas, ventosas o otros instrumentos.
- c. El proceso fisiológico mediante el que la mujer finaliza su gestación a término, se inicia de manera espontánea y termina sin complicaciones.
- d. El que precisa de medicación para acelerar el proceso o mitigar el dolor.

**2. Las fases del parto son las siguientes y en este orden:**

- a. Dilatación, expulsivo, alumbramiento
- b. Dilatación, alumbramiento, nacimiento
- c. Preparación, dilatación, alumbramiento
- d. Nacimiento y expulsivo

**3. Que harías si presenciabas contracciones uterinas rítmicas antes de las 36SG:**

- a. Realizar técnicas de relajación y esperar a que cedan
- b. Acudir al hospital, se trata de una urgencia por parto prematuro espontáneo.

**4. Son elementos de inclusión en el plan de parto:**

- a. El nombre del futuro bebé, el color de preferencia de la ropa y el número de visitas esperadas tras el parto.
- b. Los procedimientos que deseas que se realicen (auscultación, monitorización, enema, rasurado, medicalización)
- c. La persona que deseas que te acompañe y si quieres que participe en el corte del cordón umbilical
- d. Las respuestas b y c son correctas

**5. Las parejas de las parteras no deberían estar presentes en las sesiones de preparación al parto ni en el momento de éste.**

- a. Cierto
- b. Falso

**6. En el periodo de dilatación**

- a. Las parteras deben permanecer tumbadas en la camilla y monitorizadas
- b. Las matronas que se encargaran de vigilar las constantes de la partera y las del bebé, administrarán fármacos si la situación lo requiere y ofrecerán apoyo a la futura mamá.

- c. La estancia será muy corta y puede durar de 5 a 20 minutos.
- d. No es necesario realizar respiraciones.

**7. En relación a las posturas de parto**

- a. Siempre será de elección la posición tumbada
- b. Siempre será de elección la posición sentada
- c. Siempre será de elección la posición de pie
- d. La mejor posición es aquella en que la partera se sienta más cómoda.

**8. Durante el está permitido comer en pequeñas cantidades y beber líquidos**

- a. Cierto
- b. Falso

**9. El alumbramiento es:**

- a. Cuando da a luz el recién nacido
- b. La expulsión de la placenta
- c. Los desgarros producidos en la vagina por el esfuerzo del parto
- d. La incisión realizada en el periné de la mujer para proteger de los desgarros.

**10. El dolor de parto**

- a. Es más intenso en mujeres sin experiencias previas de parto
- b. Lo provocan, en parte, las contracciones uterinas
- c. El grado de dolor dependerá de las características individuales de cada partera (raza, edad, experiencias...)
- d. Todas las respuestas son correctas

**11. Son medidas no farmacológicas de alivio del dolor**

- a. El masaje la termoterapia, la hidroterapia y la preparación física
- b. La distracción, la relajación y el acompañamiento
- c. Las inyecciones de agua estéril, la estimulación eléctrica nervosa transcutánea, la hipnoterapia y la acupuntura.
- d. Todas las respuestas son correctas.

**12. Las terapias complementarias y alternativas, y los métodos tradicionales de alivio de dolor no farmacológico:**

- a. No están toleradas por los sistemas sanitarios
- b. No aumentan el bienestar de la partera
- c. No están recomendadas por las matronas.
- d. Las nuevas tendencias basan su aplicación para favorecer el parto como un proceso natural.

## ANEXO 11

### Consentimiento informado para la participación al programa

#### ***PARTICIPACIÓN AL PROGRAMA “MI PRIMER PARTO, UN PARTO NATURAL”***

Con el presente programa se pretende reducir las cifras de uso de la anestesia epidural, aumentar la participación a los programas de Educación Maternal, empoderar a la población de gestantes de Catalunya y reducir la sobresaturación de las urgencias ginecológicas, contribuyendo todo esto de manera directa e indirecta a aumentar la tasa de partos naturales en Catalunya.

Para ello, se ha diseñado una **intervención grupal** que se realizará como prueba en el **Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV)** de Lleida y se incluirán en éste mujeres primigestas de entre 20 y 28 SG, con previsión de un parto eutócico, residentes en Lleida y que realicen el seguimiento obstétrico en el mismo hospital. Se realizarán **6 sesiones** que permitirán dotarles a ustedes y sus acompañantes de conocimientos en relación al parto natural, las complicaciones, los signos de alarma y los métodos no farmacológicos de alivio del dolor; habilidades en técnicas de respiración o relajación y en ejercicios de preparación al parto y actitudes que faciliten una visión positiva del momento.

Su participación es **voluntaria** y tendrá la posibilidad de **revocar su consentimiento** en cualquier momento y sin necesidad de tener que dar explicaciones.

Se pretende que usted asista, sola o con un acompañante, a las 6 sesiones programadas, con una duración de 2 horas cada una. Usted será **informada de los horarios de las sesiones** y se permitirá la posibilidad de pautar un horario acorde para la mayoría del grupo.

Tras cada sesión deberá realizar un cuestionario evaluativo para que podamos investigar sobre la efectividad del programa y trabajar para mejorarlo.

Los datos obtenidos serán tratados de forma **anónima**, así se asegura la confidencialidad **y protección de datos** de carácter personal, además el personal que tiene acceso a estos datos es limitado y serán tratados de acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que se les requieren (p.ej. edad, sexo, semanas de gestación) son los datos necesarios para cubrir la evaluación del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre.

Tras leer esta información;

**Yo**, (nombre y apellidos) ....., con documento nacional de identidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en .....  
.....

**Manifiesto que:**

- He leído la **hoja de información** que se me ha entregado
- He podido hacer **preguntas** sobre el programa
- He recibido **suficiente información** sobre el programa.
- Comprendo la naturaleza y el **propósito de la intervención**
- Comprendo que mi participación es **voluntaria**

**Comprendo que puedo retirarme del estudio:**

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

En consecuencia, **presto libremente mi conformidad para participar en el programa.**

**En Lleida a,..... de....., de 20....**

**Firma:**

